Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 1

The Changing Political and Economic Environment of Health Care in Canada

by

Gerard W. Boychuk

University of Waterloo

July 2002

The views expressed herein are solely those of the author and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Introduction 1
Overview 2

Fiscal Sustainability of Health Care Expenditures 3
Assessing Current Patterns of Provincial Public Health Expenditures 3
The Context of Current Expenditure Increases
– Expenditure Restraint and Pent-Up Demand 3
Health Expenditures as a Relative Measure 5
Assessing the Future Fiscal Sustainability of Public Health Care Expenditures 7
Long-term Forecasts for Growth in Health Care Spending 7
The Sustainability of Provincial Fiscal Efforts 8

The Dynamics of Federal-Provincial Relations in Health Care 11

The Effects on Public Opinion 14

Conclusion: The Political Sustainability of Health Care in Canada 16

Notes 17

Bibliography 18

Highlights

How does a political environment oriented towards balanced budgets, debt reduction and/or reduced taxes affect the sustainability of the health care system?

- The linkage between health care and fiscal issues has been politically constructed and the sustainability of public health care in Canada is, fundamentally, a political – rather than simply a fiscal – issue.
- The existence of a fiscal crisis of health care in Canada is not evident in current expenditure trends:
    - provincial health expenditures relative to GDP are the same currently as they were in the early 1990s;
    - recent patterns of expenditure increase are likely a response to pent-up demand created by expenditure restraint in the mid-1990s.
  - Long-term projections of fiscal unsustainability must be based on one of the following assumptions:
    - cost acceleration *above and beyond cost increases driven by aging and moderate cost increases in services now offered*;
    - current levels of tax effort are unsustainable, for which there is currently no empirical evidence.
- Federal-provincial fiscal relations undermine the political underpinnings of the existing system of health care by:
  - creating the illusion of the rapid growth in the overall fiscal burden represented by health expenditures relative to the economy;
  - allowing for the manipulation of the fiscal system so that the burden of government debts and deficits is borne primarily at the provincial level (whose primary program responsibility is health care), strongly reinforcing the linkage in public debates between health care spending and the issues of deficits and debt;
  - providing provinces with strong incentives to emphasize declining quality and fiscal unsustainability in an attempt to maximize leverage for their demands on the federal government to enrich transfers.
- These dynamics have contributed to the following public perceptions
    - the quality of the health care system is low and declining;
    - the system is experiencing a major funding crisis, governments are not spending enough on health care, and increased funding is required to improve the health care system;
    - both levels of government are mishandling health care issues and are falling further behind in addressing health care problems.
- Reforms to the Canadian health care system that address the issue of fiscal sustainability and future cost containment without addressing the issue of political sustainability are likely to founder. *Ensuring the political sustainability of health care in Canada requires altering the incentives faced by federal and provincial governments under the current institutional arrangements for the funding and provision of health care in Canada.*

Executive Summary

In the post-deficit political context, the political sustainability of public health care seems precarious. While the tension between health care as a large public expenditure program and a broader political context oriented towards balanced budgets, debt retirement and tax reduction seems relatively obvious, the political fragility of public health care in Canada is neither the automatic nor necessary result of this broader context. Rather, the linkage between health care and fiscal issues has been politically and institutionally constructed. As a result, the sustainability of public health care in Canada at the current time is, fundamentally, a political – rather than simply a fiscal – issue. The existence of a fiscal crisis of health care in Canada is not evident in current expenditure patterns; however, public beliefs that there is a funding crisis in health care are, nonetheless, real. The crucial question is how and why this linkage between health care spending and fiscal issues such as deficits, debt and taxes, so clearly captured in current understandings of sustainability, has become so firmly embedded in Canadian policy debates over the past half decade. While the contemporary political orientation towards balanced budgets, deficit/debt reduction and lower taxes does not necessarily undermine the sustainability of the current health care system, more robust political support is required to sustain the current system of public health care in this context and the potential for current institutional arrangements to undermine support of the health care system is magnified.

The fiscal crisis of health care is not merely an ideological construct; rather, it has firm and enduring institutional underpinnings. It is rooted in the paradoxical situation by which the public health care system's institutional framework – especially the nature and dynamics of federal-provincial fiscal relations – are structured such that they fundamentally undermine rather than bolster public support for the system. The current political fragility of the system is the result of political dynamics generated out of nearly a decade of federal-provincial wrangling over funding in a context of fiscal restraint. The incentives created by federal-provincial fiscal arrangements and the resulting patterns of interaction have led to widespread perceptions both among the elite and the broader Canadian public that the public health care system in Canada is of rapidly declining quality, is wracked by a funding crisis, is unable to control costs, and is, ultimately, fiscally unsustainable.

Current expenditure patterns provide slim grounds for arguments that the system is fiscally unsustainable. Provincial health expenditures relative to GDP are the same now as they were a decade ago and recent patterns of expenditure increases are, in part, a response to pent-up demand created by expenditure restraint in the mid-1990s. Arguments that the system is fiscally unsustainable are only plausible if based on assumptions of cost acceleration above and beyond cost increases driven by aging, population growth and moderate cost increases in services now offered or, alternatively, on the claim that current levels of tax effort are unsustainable. The former issue can be plausibly debated; however, arguing that the *potential* for *future* cost increases poses a threat to sustainability is fundamentally different than arguing that existing expenditure patterns demonstrate that the current system is unsustainable. The sustainability of current provincial tax efforts in the face of increasing global and continental economic integration is also an open question in the longer term; however, to this point, there is no evidence of downward harmonization in provincial fiscal efforts.

Despite this, there is now a widespread perception of an existing fiscal crisis in public health care. The roots of this perception lie, to some significant degree, in the institutional underpinnings of health care – especially federal-provincial fiscal arrangements. In the context of more generalized restraint, these arrangements began to generate dynamics with serious potential to undermine public support for the system of public health care. First, the illusion of the rapid growth in the overall fiscal burden of health expenditures (relative to the economy) is primarily an artifact of federal-provincial financing arrangements. Secondly, the manipulation of the fiscal system so that the burden of government debts and deficits is borne primarily at the provincial level, whose primary program responsibility is health care, has strongly reinforced the linkage in public debates between health care spending and the issue of debt and deficits. Finally, current fiscal arrangements provide provinces with strong incentives to emphasize the failings of their own health care systems and the broader fiscal unsustainability of public health care in an attempt to maximize leverage for their demands on the federal government to enrich transfers.

These dynamics have had important impacts on public perceptions of health care including the striking decline in public perceptions of the quality of health care that exists despite the prevalence of positive personal health care experiences. In addition, there also are widespread public perceptions that the public health system is experiencing a major funding crisis (despite the fact that the fiscal burden of public health care relative to the economy is no heavier than at the outset of the 1990s) and that increased funding must be a central component of improving the health care system. Finally, public confidence in the handling of health care issues by both levels of government is decreasing and the belief that governments are falling further and further behind in terms of addressing the problems facing health care is becoming more prevalent.

Current expenditure patterns do not suggest that the fiscal sustainability of the public health care system in Canada is in jeopardy in the immediate term. This does not mean that future cost acceleration poses no threat to the sustainability of health care or that there is no need for a concern with fiscal restraint in health management. Nor does it mean that the issue of sustainability should be dismissed as a transitory phenomenon that will fade as the politics of fiscal restraint ease. The conditions resulting in broad perceptions of an existing fiscal crisis of health care have very real and enduring institutional underpinnings that can be expected to continue into the foreseeable future regardless of whether there are objective grounds for it, and regardless of whether solutions to containing future cost pressures are implemented. Under current arrangements, a continuing and not easily reversible decline in public perceptions both of the quality and sustainabilility of the existing system public health care in Canada seems likely. It is here that the real potential for crisis lies.

Introduction

Public health care in Canada is portrayed with increasing frequency and urgency as unsustainable. The desire to eliminate deficits, reduce the debt load and lower taxes appears to have come in conflict with the desire to sustain a comprehensive, universal and publicly administered health care system in Canada. Both the federal and provincial governments have had to struggle with what appear to be the conflicting demands of the public (and some organized interests) for lower taxes and balanced budgets while, at the same time, maintaining a high quality, publicly administered and publicly funded health care system. This conflict has raised questions regarding the sustainability of the current system of health care in Canada, which, in turn, has raised a number of related questions: To what extent is the crisis in health care a fiscal reality driven by the changing economic context? To what extent is it driven by the changing political context? To what extent is this a temporary phenomenon linked to the transition to a post-deficit era and to what extent does the "new" political economy of Canada mean permanent changes to what Canadians can expect from their health systems?

The existence of a fiscal crisis of health care in Canada is not evident in current expenditure patterns. While the tension between health care as a large public expenditure program and pressures for balanced budgets, debt retirement and tax reduction seems relatively obvious, this relationship is not so straightforward. Rather, the linkage between the two issues has been both politically and institutionally constructed with the political fragility of the health care system being neither the automatic nor necessary result of a political environment increasingly oriented towards balanced budgets, debt reduction and lower taxes. At the same time, public beliefs that a fiscal crisis exists are, nonetheless, real. In the immediate term, the sustainability of public health care as it currently exists in Canada is, fundamentally, a political rather than simply a fiscal question. The crucial question is how and why this linkage between health care spending and fiscal issues such as deficits, debt and taxes, which is so clearly captured in contemporary understandings of "sustainability," has become so firmly embedded in Canadian policy debates over the past half decade. Understanding this linkage becomes all the more pressing as a political context oriented towards balanced budgets, deficit/debt reduction and reduced taxes appears likely to magnify the impacts of this linkage.

The fiscal crisis of health care is not merely an ideological construct. The real crisis of the Canadian health care system lies in the paradoxical situation by which its institutional underpinnings – especially the nature and dynamics of federal-provincial relations – are structured to fundamentally undermine rather than bolster public support for the system. The political weakness of the health care system is the result of crucial political dynamics that were generated out of nearly a decade of federal-provincial wrangling over funding in a context of fiscal restraint. These incentives and resulting patterns of interaction have led to widespread perceptions both among the elite and the broader Canadian public that the public health care system in Canada is of rapidly declining quality, is wracked by a funding crisis, is unable to control costs, and is ultimately, fiscally unsustainable.

Because the current perception of fiscal crisis in the public health care system is rooted in its institutional framework, pressures on the health care system have not eased and should not be expected to ease as fiscal pressures abate or as mechanisms to control future cost pressures are implemented. Reorienting the health care system to a more politically sustainable basis requires

seriously rethinking the relative roles and responsibilities of the federal and provincial governments in the funding and delivery of public health care, and the incentives and public perceptions generated out of these arrangements.

Overview

The first section of the paper examines provincial health care expenditures over the course of the 1990s. It argues that current expenditure patterns provide slim grounds on which to base arguments that the system is fiscally unsustainable. Such claims must be based on forecasts of cost escalation above and beyond cost increases driven by population growth, aging, and moderate cost increases in services now offered or, alternatively, claims that current levels of tax effort are unsustainable. The latter issue of the sustainability of current provincial tax efforts in the face of increasing global and continental economic integration is considered in the conclusion of this section.

Despite the fact that provincial health expenditures relative to GDP are the same as they were at the beginning of the 1990s, there is now a widespread perception of an existing fiscal crisis in public health care. The second section of the paper argues that roots of this perception lie, to some significant degree, in institutional underpinnings of health care – especially federal-provincial fiscal arrangements. While they appeared to work well enough in a period of expansion, federal-provincial fiscal arrangements, in a context of more generalized restraint, began to create dynamics with serious potential to undermine public support for the current system of public health care. First, the illusion of a rapid growth in the overall fiscal burden represented by health expenditures (relative to the economy) is an artifact of federal-provincial financing arrangements. Second, the manipulation of the fiscal system so that the burden of government debts and deficits is borne primarily at the provincial level has strongly reinforced the linkage in public debates between health care spending and the issue of deficits and debt. Finally, in a context of federal transfer restraint, current fiscal arrangements provide provinces with strong incentives to emphasize the failings of their health care system and the broader fiscal unsustainability of the current system.

The third section examines the effects of government responses to the incentives outlined above on public perceptions of health care. There is a striking decline in public perceptions regarding the quality of health care that exists despite the prevalence of positive personal experiences with the health care system. There also are widespread public perceptions that the public health system is experiencing a major funding crisis and that increased funding must be a central component of improving the health care system. Finally, public confidence in the handling of health care issues by both levels of government is decreasing and the belief that governments are falling further and further behind in terms of addressing the problems facing health care are becoming more prevalent.

In conclusion, the paper argues in favour of a definition of sustainability that incorporates the political – rather than just fiscal – sustainability of the health care system. In the absence of reform, the incentives built into the federal-provincial institutional structure are likely to continue to undermine the political sustainability of the public health care system in Canada.

Fiscal Sustainability of Health Care Expenditures

Sustainability, in current debates, has been understood primarily in fiscal terms. The following section examines the issue of fiscal sustainability and argues that current patterns of expenditure, on their own, are not sufficient to demonstrate the argument of unsustainability.

Assessing Current Patterns of Provincial Public Health Expenditures

There are two approaches that generally underpin arguments regarding the fiscal unsustainability of health care. The first is to extrapolate future health care costs from current spending patterns (primarily since 1996) and the second is to extrapolate the current trends in these expenditures expressed as a proportion of total provincial program expenditure. However, there are serious problems with both approaches. The first lies in identifying the appropriate time frame on which to base expenditure extrapolations. Extrapolations of health care costs based on the late 1990s ignore the fact that expenditure restraint in the middle of the decade likely contributed to the creation of pent-up demand that was reflected in higher annual spending levels later in the decade. Secondly, expressing health care expenditures as a proportion of total provincial program spending is an inappropriate measure of the fiscal sustainability of health care expenditures.

The Context of Current Expenditure Increases – Expenditure Restraint and Pent-Up Demand

One of the difficulties encountered in extrapolating from current health care expenditure trends is judging the drivers underlying recent expenditure increases. The Provincial and Territorial Ministers of Health report on health care costs notes the "severe restraint directed toward health care in the early-to-mid 1990s [which] produced a very low annual average growth rate." (2000, 3.17) The report goes on to note that "[s]ince 1996, provinces and territories have been reinvesting, partly to make up for the restraint applied in the early years of the decade." (3.17)

Annual provincial health expenditures (see Figure 1) did increase significantly over the period after 1996.[1] However, from 1993 to 1996, actual provincial expenditures were lower than they would have been if public health expenditures per capita had been simply maintained at 1992 levels. By 1997, actual provincial expenditures were cumulatively over $13 billion (constant 1992 dollars) less than they would have been if provinces had simply maintained their per capita expenditures at 1992 levels. As provinces began to reinvest in health care after 1996, actual cumulative provincial expenditures by 2001 *almost* reached the amount that provinces would have spent in the 1992-2001 period if they had simply maintained per capita expenditures at 1992 levels. (See Figure 2.)

Thus the crucial issue is delineating between expenditure increases which resulted from discretionary choices of provincial governments to enhance or expand health services, those which were in response to pent-up demand created by expenditure restraint in the early and mid-1990s, and, finally, expenditure increases necessitated by other cost pressures. Each of these

Figure 1
Annual Provincial Health Expenditures, Canada, 1992-2001

Actual Expenditures vs. 1992 Expenditure (Adjusted for Population Growth)

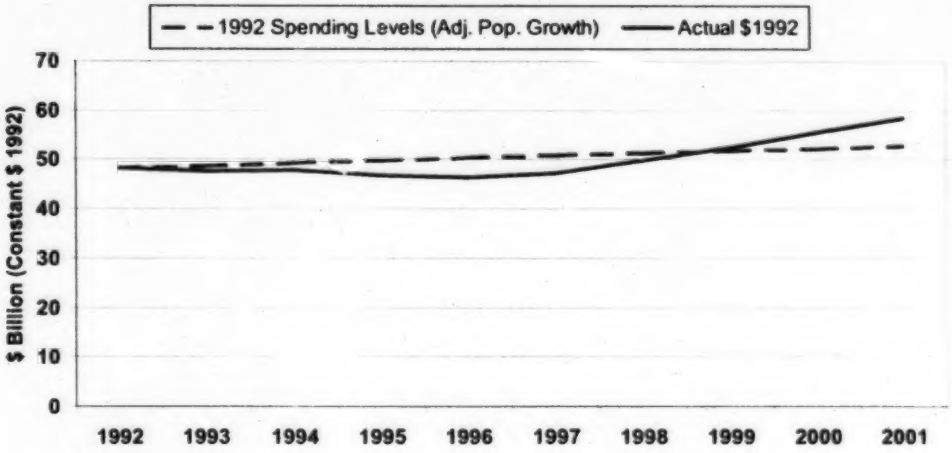
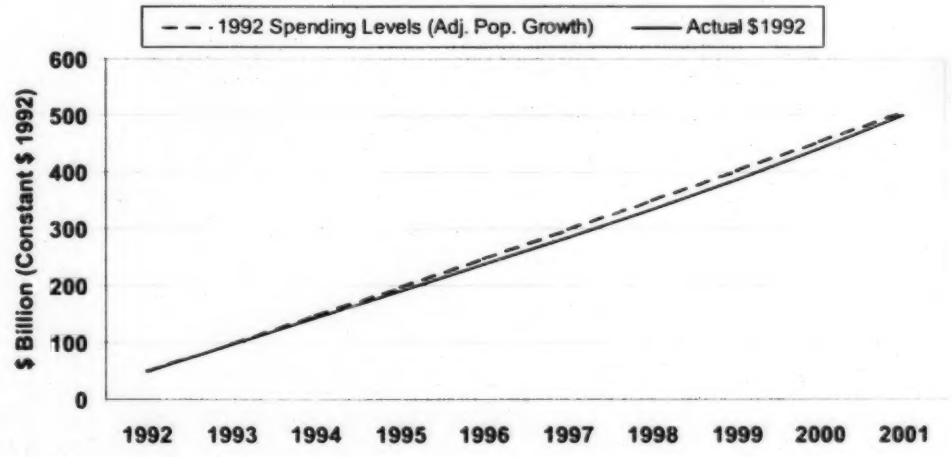


Figure 2
Cumulative Provincial Health Expenditures, Canada, 1992-2001

Actual Expenditures vs. 1992 Expenditure (Adjusted for Population Growth)



elements has different implications for future expenditure patterns. Discretionary service enhancement or expansion is more amenable to restraint than other non-discretionary cost pressures. Cost expansion driven by pent-up demand is likely to abate. Neither is suggestive of the inevitability of future cost increases. It is only cost expansion due to the third set of cost pressures which is germane to the issue of inevitable fiscal unsustainability. As such, extrapolating from current expenditure patterns without clearly demarcating the various underlying drivers of cost escalation and identifying their different implications for future expenditure patterns is not an appropriate methodology for forecasting future expenditure patterns.

Health Expenditures as a Relative Measure

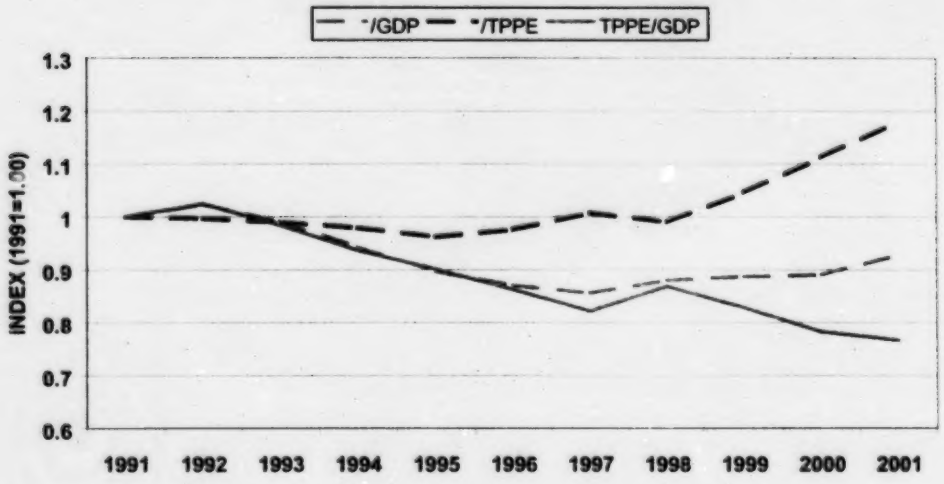
The barometer of provincial health spending in recent public debates is health expenditure as a proportion of total provincial program expenditures. This measure is important in itself; however, it is seriously deficient as a measure of the fiscal burden of health care spending and is not a good indicator of the overall fiscal sustainability of current patterns of health care expenditure.

Provincial public health expenditures fell relative to provincial gross domestic product from 1993 to 1997. (See Figure 3.) While expenditures have increased since 1997, provincial health expenditure as a proportion of GDP is still lower than it was over a decade ago. At the same time, provincial health expenditures have increased relative to total provincial program expenditure. The explanation for this apparent discrepancy is that total provincial program expenditures remained static from 1991 to 2000 in real dollar terms and have dropped to 78 percent of their 1991 levels relative to GDP. Thus provincial health expenditures rose as a proportion of total provincial program expenditures while remaining static relative to GDP.

A more appropriate measure of fiscal burden and fiscal sustainability is provincial public health expenditure relative to total provincial revenues. In 2001, provincial health expenditures (measured relative to total provincial revenues) were the same as they were in 1991 and slightly lower than they were throughout the early 1990s. (See Figure 4.) Relative to fiscal resources, there has been no increase in the fiscal burden represented by provincial health care expenditures. Changes in the fiscal burden posed by health expenditures have neither been masked nor exaggerated by changes in overall provincial fiscal effort: overall fiscal effort across provinces (measured as own source revenues as a percentage of GDP) has remained constant over the course of the 1990s. (See Figure 5.) At the same time, the overall contribution that the federal government makes to provincial total revenues has declined.[2]

Thus the overall picture that emerges is that restraint in federal transfers has meant that an increasing proportion of *the growth* in provincial own source revenues is going to health care rather than to other provincial programs or provincial deficit reduction/debt retirement. To this extent, health care is crowding out the provision of other public goods. Clearly, this is a serious problem from the provincial perspective. In this sense, the fiscal sustainability of health care expenditures is a very real problem *from the provincial perspective*. It is *not*, however, indicative of the unsustainability of the overall fiscal burden of health care relative to the overall ability of Canadian governments to bear this burden.

Figure 3
Provincial Health Expenditures, 1991-2001
Various Measures, Indexed (1991=1.00)



TPPE = total provincial program expenditures.

Figure 4
Provincial Health Expenditures, 1991-2001
Percent of Total Revenue and Provincial Own Source Revenue

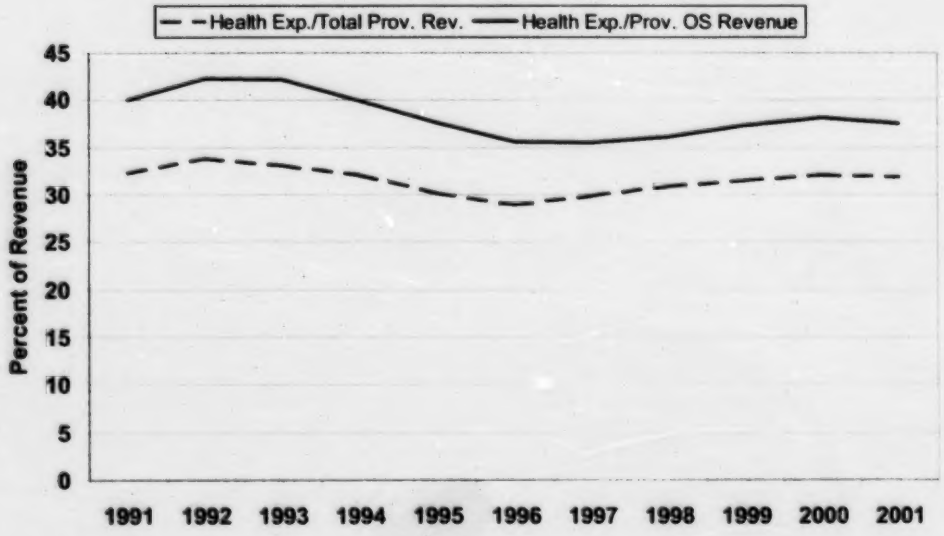
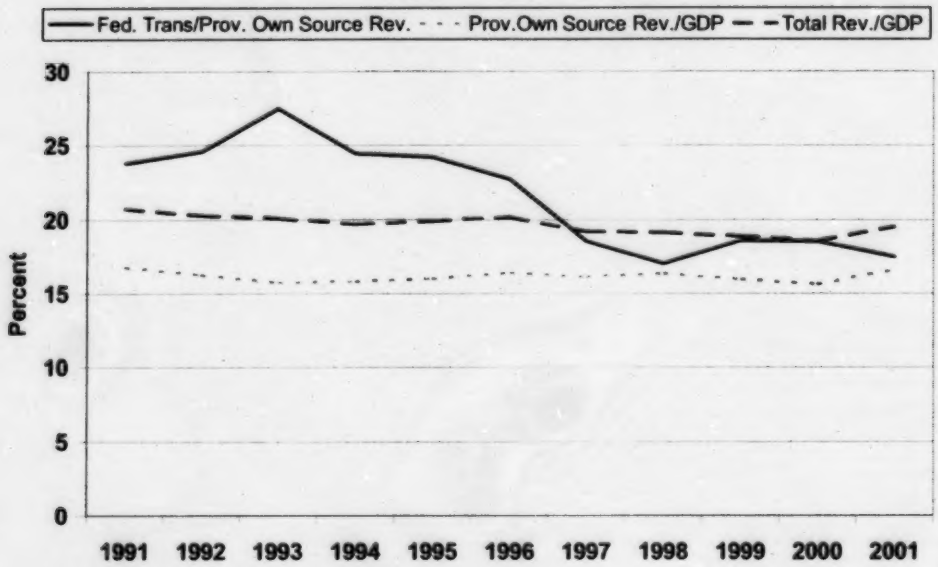


Figure 5
Federal Transfers and Provincial Own Source Revenues, 1991-2001



Assessing the Future Fiscal Sustainability of Public Health Care Expenditures

In the current circumstances, the sustainability of the overall fiscal burden of health care relative to the ability of government (as opposed to individual governments) to bear that burden is not in question. However, in the longer term, the fiscal sustainability of public health care in Canada becomes a serious issue under two scenarios: rapidly accelerating health care costs or the erosion of current provincial fiscal efforts or ability of provincial governments to maintain this level of fiscal effort.

Long-term Forecasts for Growth in Health Care Spending

In the absence of cost acceleration, other cost drivers such as aging will not increase the burden of the health system relative to the economy in the foreseeable future. The Provincial and Territorial Ministers of Health report, *Understanding Health Care Costs*, presents a detailed forecast of health care costs to 2026-27. Including the effects of population growth, aging, inflation and a 1 percent per year increase to reflect "other" health care service needs, the report concludes that "[t]he base scenario gives rise to health operating expenditures that remain fairly consistent as a share of GDP over the period." (31) The report does not outline the source of the GDP forecasts though it notes that "nominal GDP growth rates will moderate from 6.5 percent for 2000 to 4.8 percent for 2002, and more slowly thereafter to 4.0 per cent in 2026." (31) [The average annual growth rate in GDP (expenditure-based at market prices) for the 1990s was

4.4 percent.] Using conservative economic growth rates based on expectations of a long-term secular decline in GDP growth and adding in a 1 percent per year increase for expenditure growth on top of aging, inflation, and population growth, health care costs will not pose a greater burden over the next quarter century on the Canadian economy than is currently the case or was the case a decade ago.

However, questions of fiscal sustainability clearly emerge under a scenario of accelerating costs above and beyond those due to aging, population growth, and modest cost increases in the services currently provided. There are compelling reasons to expect considerable future cost pressures – a discussion of which lies beyond the scope of this paper. The fact that current patterns of expenditure are not unsustainable does not mean that questions of affordability pose no threat to the future sustainability of health care or that there is no need for fiscal restraint in health management. However, it raises fundamentally different questions than the claim that current expenditure patterns demonstrate the fiscal unsustainability of the existing system. The main issue is whether the acceleration of costs to an unsustainable level is inevitable. This question involves important issues regarding the willingness of provincial governments to attempt to control health care costs in the face of powerful political pressures for expansion. Secondly, it raises questions regarding the ability of governments to control costs even if determined to do so. If provincial governments are unable to control health care spending in the long term, the system will ultimately become fiscally unsustainable – a serious concern in addressing the issue of sustainability.

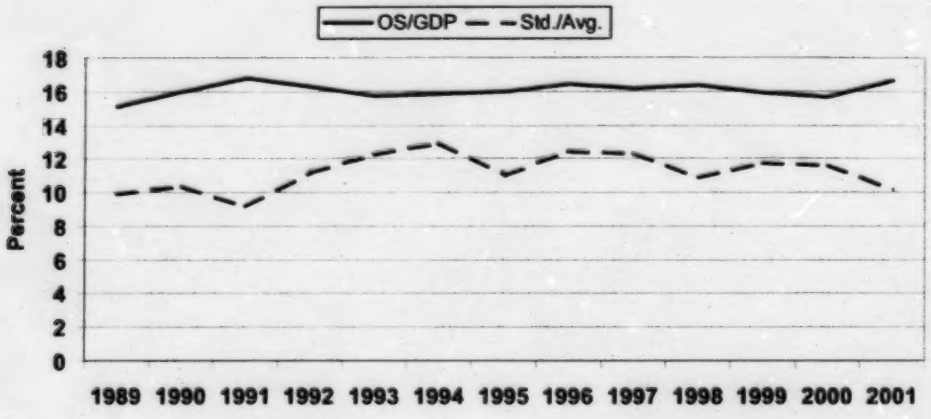
The Sustainability of Provincial Fiscal Efforts

Health care costs may also become fiscally unsustainable if current provincial fiscal efforts and taxation rates are unsustainable. Provincial fiscal efforts have remained constant over the course of the 1990s in terms of own source revenues as a percentage of GDP. (See Figure 6.) Evidence of an erosion of provincial capacity to maintain current levels of fiscal effort have not yet emerged. There has not been any convergence among provinces in terms of their fiscal effort and, as such, there is no evidence of a downward harmonization of fiscal efforts.

At the same time, it can be argued that downward pressure on provincial taxation rates and ability to maintain fiscal efforts will build as a result of increasing global and continental economic integration.[3] There are reasons to expect that such pressures will be felt earlier and more acutely at the provincial rather than the federal level. Provincial governments are arguably more sensitive to the competitive pressures generated by cross-border economic integration and competition. According to Courchene, provinces will increasingly tailor their public policies – including taxation policies – to the patterns prevailing in the U.S. states with which they are increasingly integrating and competing. (Courchene and Telmer 1998: 289-91)

There is now a substantial body of literature that is sceptical of the general proposition that globalization is generating convergence in social policy or taxation regimes across OECD countries. Few countries can escape the need to adjust their social policy regimes to the new economic order, but differences in national politics still condition the way in which countries react, mediating the impact of economic pressures on the social contract. As a result, there is no reason to presume that social policy or taxation regimes will converge on a single approach to

Figure 6
Provincial Own Source Revenues, 1989-2001
Percent of GDP and Standard Deviation (as Percent of Average)



the social needs of citizens. Banting (forthcoming) has pointed out that social spending as a proportion of GDP in OECD countries continues to inch upwards and that there is no overall pattern of convergence in the proportion of their national resources that different countries devote to social programs. Olewiler's detailed analysis of taxation trends and Garrett's analysis of both taxation and public expenditures similarly find no evidence of significant convergence across OECD countries (Olewiler 1999, Garrett 1998). These themes recur in a variety of other studies (Krugman 1996; Martin 1996; Esping-Andersen 1996; Swank 2001, 1998; Iversen 2001). The conclusions that emerge from considerations of policy in Canada and the United States echo the findings elsewhere. There is also increasing scepticism regarding arguments (predominant early in the free trade period) that Canada will ultimately be unable to maintain higher tax rates relative to the United States. (Brown 2000; Kesselman 2001; Skogstad 2000)

These conclusions are, nevertheless, open to challenge. The "lagged effect" argument contends that the full logic of economic integration is still unfolding and that a pervasive pattern of convergence between the Canada and U.S. policy systems is sure to emerge over time. There are two forms of this argument. An economic version holds that there is a natural sequencing in adjustments to integration, with the first wave of adjustments emerging in industrial structures, and that pressures to narrow tax and expenditure differentials will build over time. A cultural version of the argument holds that economic integration will inevitably produce greater cultural integration between the two countries, as media and other linkages steadily pull Canadian attitudes more firmly towards American norms. In this scenario, Canadians will start to bring more American values to their own politics, including an increasingly limited tolerance for differential taxation rates. This objection is impossible to counter fully, since evidence of continuing policy divergence can always be dismissed on the grounds that the anticipated lag is

simply longer and that convergence remains just around the corner. However, to this point, downward pressures on overall provincial revenue-generation ability is not yet evident.

The Dynamics of Federal-Provincial Relations in Health Care

Despite the fact that provincial health expenditures relative to GDP are the same as they were at the beginning of the 1990s, there is now a widespread perception of an existing fiscal crisis in public health care. The roots of this perception lie, to some significant degree, in the institutional underpinnings of health care – especially federal-provincial fiscal arrangements. While they appeared to work well enough in a period of expansion, federal-provincial fiscal arrangements, in a context of more generalized restraint, began to create dynamics with serious potential to undermine public support for the current system of public health care.

Both levels of government play a role in health care although the preponderance of jurisdictional responsibility for the provision of health services lies with provincial governments. (For a general overview, see Maioni 2002.) The federal government shares part of the cost of provincial medicare, runs health protection (e.g., regulates drugs), funds health care to Aboriginals on reserves, and shares health promotion and education with the provinces. The federal role in sharing the costs of provincially provided health services falls under the rubric of the Canada Health and Social Transfer (CHST) under terms governed by the *Canada Health Act* (CHA).

The *Canada Health Act* (CHA) governs federal transfers to provinces for the provision of public insurance for hospital care and physician services. There are five federally defined principles comprising the core of the *Canada Health Act* (CHA), which is the legislative basis for the Canadian health care system: public administration (each provincial plan must be run by a nonprofit, public authority accountable to the provincial government); comprehensiveness (provinces must provide coverage for all necessary physician and hospital services); universality (insured services must be universally available to all residents of the province under uniform terms and conditions with waiting periods for new entrants being limited to a maximum of three months); portability (each provincial plan must be portable so that eligible residents are covered while they are temporarily out of the province); and accessibility (reasonable access to insured services is not to be impaired by financial or other barriers and reasonable compensation must be made to physicians for providing insured services).[4] The CHA mandates dollar-for-dollar federal transfer reductions for funds collected in a province through user fees and extra billing. In contrast, application of penalties for violation of the five federally defined principles is discretionary and, to date, no province has ever been penalized for violation of any of the principles outlined in the CHA even though a number of provinces have been and continue to be in clear violation of various principles.[5]

Given this division of responsibility, the dynamics of federal-provincial relations in regard to health are relatively straightforward. The federal government strives to minimize its fiscal commitment to the degree possible while ensuring its visibility in health and ability to claim credit for enforcing the CHA. For their part, provincial governments strive to maximize federal fiscal commitment while also preserving their room to manoeuvre vis-à-vis constraints imposed directly or indirectly through public pressure as a result of the CHA.

The significance of federal-provincial fiscal arrangements for the politics of health care did not become fully evident so long as federal transfers were expanding. Pressures began to build as growth in Established Programs Financing (EPF) transfers were restricted (indexed to GNP

growth minus 2 percent in 1986, which was changed to GNP growth minus 3 percent in 1989) and frozen in the early 1990s. However, it was the shift from EPF to the CHST that signaled the full extent to which the federal government would retract its financial commitment to public health care. The shift to the CHST marked a reduction of transfers of $2.5 billion in 1996-97 and $4.5 billion in 1997-98. The federal government pushed the restraint envelope to the point that it appeared that the principles enshrined in the CHA would be imperiled, and many observers wondered how the principles of the CHA could be enforced against a recalcitrant provincial government as the cash component of the CHST was programmed to phase out of existence. The federal implementation of a floor on the cash component of the CHST transfers was an attempt to optimize between minimizing fiscal contributions and maintaining a federal ability to claim credit for the politically popular aspects of Canadian Medicare.

There are three crucial effects generated out of this situation. The first is the illusion of health care as a rapidly growing fiscal burden relative to the ability of government to bear this burden, which contributes to concerns regarding the sustainability of public health care in Canada. Public health care expenditures do not constitute a higher proportion of GDP than they did a decade ago. Yet, as a result of federal transfer restraints, provincial governments now make a compelling case that public health care as it currently exists is no longer affordable. This argument appears compelling and, from the provincial perspective, is real regardless of whether or not it is the result of federal-provincial fiscal arrangements for funding health.

Second, in part as a result of federal transfer retrenchment, the federal government's fiscal position is disproportionately brighter relative to the provinces. The situation in which surpluses are held at the federal level (which has limited direct involvement in the delivery of health care services) and deficits or near deficits are held at the provincial level of government (whose most important single program responsibility is health care) contributes to the political construction of a strong linkage between health care and the issues of balanced budgets and debt/deficit reduction. The goals of providing public health care and debt/deficit reduction are cast into sharp political competition as a result of the fiscal imbalance between levels of government that has been exacerbated by federal-provincial fiscal arrangements for funding health care.

Finally, these fiscal arrangements have generated perverse incentives for provincial governments. The provincial strategy in reaction to federal transfer restraint was to generate public pressure on the federal government to increase the cash component of transfers. As a result, provinces face limited incentives to forcefully combat public perceptions regarding the declining quality of health care and the sensationalist media coverage, which strongly reinforces such perceptions. There are incentives for provincial governments to leverage their demands for greater federal funding by allowing such perceptions to flourish – if not actually encouraging them – so long as some measure of the blame can be successfully shifted to the federal government. Second, provinces also have a similar incentive to focus disproportionately on the funding aspect of the health care issue emphasizing the perception that a central explanation of problems with the health care system is a lack of financial resources. Finally, as part of the blame-shifting strategy, provinces have an incentive to claim that the CHA is a straitjacket that does not allow for serious innovation to the health care system and limits their ability to respond to the problems of health care themselves. Not surprisingly, a national newspaper recently called for the CHA "... to be scrapped, given the intolerable 'constraints' it imposes provinces' freedom to innovate." (Coyne 2002)

The line of argument that provincial governments have developed in response to incentives inherent in the fiscal arrangements has culminated – predictably – in provincial claims that the current public health care system is unsustainable. In concluding the recent meeting of premiers in Victoria, Gordon Campbell, the Premier of British Columbia, noted: "We all agree as premiers that health care under the current situation is not sustainable." (*The Globe and Mail*, 25 January 2002) The *National Post* reported the following comments by Don Mazankowski: "Public health care in Canada will soon collapse unless bold reforms are introduced..." (Kennedy 2002) A final illustration is the Ontario government advertisements, which, in a banner headline, claim: "Unless Ottawa pays its fair share for health care, the prognosis isn't good." These responses simply represent the provincial calculation of a rational response to the incentives structured into current fiscal arrangements.

These various effects combine to form a vicious circle. Federal shifting of part of its debt burden to the provinces through transfer restraint has created incentives for provinces to emphasize the failings of the existing public health care system in Canada. At the same time, the shift has contributed to linking debt and deficits to health care thereby exacerbating the image of the fiscal unsustainability of the existing public system. To the degree that the federal fiscal situation is now relatively brighter than that of the provinces, provinces face increased incentives to attempt to extract higher transfers from the federal government through the kinds of strategies outlined above. To the extent the federal government now responds by enriching transfers, the more successful the strategy appears from the provincial perspective.

The Effects on Public Opinion

Public perceptions regarding health care that otherwise might seem puzzling become more clearly explicable in light of the political dynamics emerging out of federal-provincial fiscal arrangements operating in a context of fiscal restraint. While there are very good reasons to be highly skeptical regarding the reliability and interpretation of public opinion polling on public policy issues, the following section examines three relatively stable and relatively well-documented trends in public opinion that appear likely to be related to the dynamics of federal-provincial jockeying over health care funding.

1. *A belief that the system is in crisis and that the quality of health care is declining despite personal experiences to the contrary.*

The increase in the perception among Canadians that health care is the highest priority facing the country is nothing short of astounding. Over the course of the 1990s, health care has shifted from being a non-issue to being far and away the highest priority among Canadians. (For an overview, see Vail 2001, 1-2.) While concern for other, more perennial issues such as the economy has waxed and waned, health care emerged out of nowhere to become the top issue of concern in less than five years. In part, health care has become such an important issue because of growing perceptions that the system is in crisis – a belief now held by nearly four out of five survey respondents. (Vail 2001, 1)

This increase in the salience of health care is related to public perceptions of declining quality of health care provision in Canada. The erosion of public confidence in the quality of the health care system did not take place gradually over time; rather, it first emerged in the early 1990s and accelerated significantly in the mid-1990s. (Vail 2001, 8) The predominance of the popular perception that the quality of health care is in decline has remained stable since 1997 despite the fact that provinces have begun to reinvest in health care. When asked if Canadians generally are receiving quality care, the percent of respondents agreeing dropped from 67 percent in 1999 to 49 percent in 2001. (Health Care in Canada 2001, 6) This is a staggering decline in positive perceptions regarding the quality of health care in Canada in such a short period.

These stark trends clearly require explanation. The most obvious explanation for such a pattern would be that the system *is* in crisis. To the degree that what Canadians know about the health care system stems primarily from their contact with it, which has been overwhelmingly positive, the image of crisis must lie elsewhere. There is little evidence of decline in the positive nature of personal experiences with the health care system and individual perceptions regarding the quality of care in Canada are strikingly high. For example, satisfaction among those who themselves or a family member experience a hospital stay reported an 80 percent satisfaction rate and a 70 percent satisfaction rate among those visiting an emergency room. (Vail 2001, 17) Similarly, Canadians are much more sanguine about the system's ability to meet their own personal health needs and those of their families than to meet the needs of the population as a whole. Vail speculates that the consistent discrepancy between levels of confidence in health care at the system level versus those at the individual level may be a problem of communication. (Vail 2001, 17) However, this discrepancy is more plausibly explained by media reporting of many stories depicting the stresses and strains in the health care system. While these problems are certainly not imaginary, they are not representative of the norm in health care provision and

are exaggerated by virtue of being generalized. As outlined above, key in this process is the apparent willingness of provincial governments to allow and sometimes even encourage such perceptions. This behaviour on the part of provincial governments is best explained as a reaction to incentives built into federal-provincial fiscal arrangements rather than simply a failure to effectively communicate.

2. *A belief that we are now in a major funding crisis and that the system needs more resources.*

There is a widespread belief that the system is either currently facing a funding crisis or that a funding crisis is imminent. These public perceptions are not surprising given ongoing provincial government efforts to publicly demonstrate the existence of a health care funding crisis. In this context, it is also not surprising that four out of five Canadians believe that too little is being spent on health care. Certainly, while most citizens do not believe that funding alone is the answer (it is surprising, in fact, that any respondents give this answer), most Canadians are skeptical that the system can be improved without increased funding: the "conviction that the system needs more resources is an increasingly held view." (Compas 2001, 13) While Canadians may not be convinced that simply adding more money to the system is the complete answer, they remain unconvinced that the system can be "fixed" without the addition of resources and "... Canadians are more and more resistant to the idea that the system can be improved without more money. They no longer believe that there remain more efficiencies to be extracted from the system." (Compas 2001, 13.) Nor is it surprising that a majority of Canadians prefer to deal with increasing costs by increasing spending rather than allowing private services or limiting services. Thus "... increasing public funding was Canadians' preferred option for relieving pressure on the health care system." (Vail 2001, 21)

3. *A striking decline in public approval ratings for how both federal and provincial governments are handling the issue of health care and a belief that governments are losing ground in solving the issues facing health care.*

Public satisfaction with both the federal and provincial governments' handling of health care reached a peak in the early 1990s. After 1992, public approval ratings for both governments began a precipitous and long-term decline that has not recovered much beyond the lowest points it reached in the late 1990s. Again, as with many of the trends described here, the picture is not one of slow and steady erosion of support but rather precipitous decline. This trend is not surprising considering general perceptions of a system crisis and declining quality of health care. It seems likely that this trend has been exacerbated by intergovernmental strategies in which both levels of government, in an effort to avoid accepting public blame for problems with the health care system, attempt to shift responsibility to the other level of government.

Conclusion: The Political Sustainability of Health Care in Canada

Despite the fact that the sustainability of the health care system in the current context has been increasingly portrayed primarily as a fiscal issue arising from the inherent tension between public demands for lower taxes, debt reduction and balanced budgets, which conflict with public demands for accessible, high quality, and primarily publicly funded health care, sustainability needs also to be considered from a political vantage point. As outlined above, there is no *immediate* threat to the fiscal sustainability of the public health care system – the threat to which lies in potential patterns of future cost acceleration. However, the conflation in public debates of the notions of existing and potential fiscal crisis points to serious problems in the political sustainability of health care. Political sustainability requires ensuring the ongoing ability of the health care system to maintain sufficient popular and elite support to guarantee that there are incentives for governments to adequately fund and effectively provide public health care services. Fiscal sustainability is a moot issue if the health care system is politically unsustainable and *vice versa*. Health care reforms that address only one of these components of sustainability without consideration for the other are likely to founder.

Addressing the issue of political sustainability will be no easier than addressing the issue of fiscal sustainability. The most simplistic solution to the problems of political sustainability outlined above is to suggest that the federal government and provinces simply "get their act together and fix health care." Certainly, the public is unlikely to disagree with this motherhood prescription. While the failure of both orders of government to collaborate effectively has significantly contributed to fuelling public cynicism regarding governments' ability to deal with the problems faced by health care, to naively suggest that the two orders simply work together without fundamentally rethinking the incentives faced by each order of government under the current set of institutional arrangements will merely raise public expectations for such cooperation without significantly increasing the likelihood that governments will deliver. It is a prescription that entails greater risk than promise.

In the absence of institutional change that addresses the incentives generated by existing federal-provincial arrangements and the public perceptions that result from governments' responses to them, a continuing and not easily reversible decline in public perceptions both of the quality and sustainability of the public health care system in Canada seems likely. It is here that the real potential for crisis lies.

Notes

1 All provincial health expenditure data are taken from the Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditure Trends, 1975-2001* (Ottawa: CIHI, 2001*b*). All other data (provincial revenues, total federal transfers, etc.) are taken from CANSIM II.

2 All major federal transfers to the provinces (equalization, CHST) go directly into consolidated revenue so to identify particular transfers for health (as is often attempted) is simply not relevant to the question of the overall fiscal sustainability of provincial health care expenditures. At the same time, the issue of federal contributions to health is an extremely important issue in discussing the legitimacy of the conditional nature of specific transfers.

3 The following four paragraphs draw from Gerard W. Boychuk and Keith G. Banting, "The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy" in Richard G. Harris, ed., *North American Linkages* (Calgary: University of Calgary Press, forthcoming 2002.)

4 Drawn from Robert Chernomas and Ardeshir Sepheri, eds., *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems* (Amityville: Baywood, 1998).

5 Colleen Flood, presentation to Ontario Health Coalition public forum *Does Medicare Work?*, Toronto, April 3, 2002.

Bibliography

Health Care Policy

Adams, Duane. (2001*a*) "Canadian Federalism and the Development of National Health Goals and Objectives," 61-106 in Duane Adams, ed., *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

____. (2001*b*) "Social Union Study of the Canadian Health System: Introduction and Overview," 1-26 in Duane Adams, ed., *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

Alberta. Premier's Advisory Council on Health for Albertans. (2001) *A Framework for Reform: A Report of the Premier's Advisory Council on Health for Albertans*. Edmonton: December.

Canadian Institute for Health Information. (2000) *Health Care in Canada 2000: A First Annual Report*. Ottawa: CIHI.

____. (2001*a*) *Health Care in Canada 2001*. Ottawa: CIHI.

____. (2001*b*) *National Health Expenditure Trends, 1975-2001*. Ottawa: CIHI.

Chernomas, Robert and Ardeshir Sepheri, eds. (1998) *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems*. Amityville: Baywood.

Compas Inc. (2001) *Muddled Mandate: Ambivalence, Conflict, Frustration and Other Plaints of Public Opinion on Health Care Policy*. Toronto: Compas, December.

Coyne, Andrew. "Maz Proves Medicare Can Be Reformed," *National Post* (on-line edition), 11 January 2002.

Fierlbeck, Katherine. (2001) "Cost Containment in Health Care: The Federalism Context," 131-178 in Duane Adams, ed., *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

Health Care in Canada. (2001) *Health Care in Canada Survey 2001: A National Survey of Health Care Providers, Managers and the Public*. (http://mediresource.sympatico.ca/images/hcics/hcic.pdf)

Kennedy, Mark. "Health Care Report Sets Stage for Showdown: 'System Is Not Sustainable,'" *National Post*, 5 January 2002.

Maoini, Antonia. (2002) "Federalism and Health Care in Canada," 173-99 in Keith G. Banting and Stan Corbett, ed., *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

O'Reilly, Patricia. (2001) "The Canadian Health System Landscape," 17-60 in Duane Adams, ed., *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

Provincial and Territorial Ministers of Health. (2000) *Understanding Canada's Health Care Costs: Final Report*. (http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_e.pdf)

Vail, Stephen. (2001) *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*. Ottawa: Conference Board of Canada, January.

Taxation/Social Policy

Banting, Keith G. (forthcoming) "What's a Country For? The Social Contract in the Global Era," in R. Roberge and D. Wolfish, editors, *Reinstating the Line: The Canada-US Border*. Ottawa: University of Ottawa Press.

Boychuk, Gerard W. and Keith G. Banting. (forthcoming) "The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy" in Richard G. Harris, ed., *North American Linkages*. Calgary: University of Calgary Press.

Brown, Robert D. (2000) "The Impact of the US on Canada's Tax Strategy," *ISUMA* 1, 1 (Spring): 71-78.

Courchene, Thomas with Colin Telmer. (1998) *From Heartland to North American Region State*. Toronto: Centre for Public Management, Faculty of Management, University of Toronto.

Esping-Andersen, Gosta, ed. (1996) *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage.

Garrett, Geoffrey. (1998) "Global Markets and National Politics: Collision Course or Virtuous Circle?" *International Organization*, vol. 52: 787-824.

Iversen, Thorben. (2001) "The Dynamics of Welfare State Expansion: Trade Openness, De-industrialization, and Partisan Politics," in Paul Pierson, ed., *The Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Kesselman, Jonathan R. (2001) "Policies to Stem the Brain Drain – Without Americanizing Canada." *Canadian Public Policy* 27, 1 (March): 77-93.

Krugman, Paul. (1996) *Pop Internationalism*. Cambridge, Mass: MIT Press.

Martin, Andrew. (1996) "What Does Globalization Have to Do with the Erosion of the Welfare State: Sorting Out the Ideas," *ARENA Working Paper*, No. 17.

Olewiler, Nancy. (1999) "National Tax Policy for an International Economy: Divergence in a Converging Word," in Thomas Courchene, ed., *Room for Manoeuvre? Globalization and Policy Convergence*. Kingston: John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Queen's University.

Skogstad, Grace. (2000) "Globalization and Public Policy: Situating Canadian Analyses," *Canadian Journal of Political Science* XXXIII (4): 805-828.

Swank, Duane. (1998) "Funding the Welfare State: Globalization and the Taxation of Business in Advanced Market Economies," *Political Studies* 46 (4): 671-92.

_____. (2001) "Political Institutions and Welfare State Restructuring: The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies," in Paul Pierson, ed., *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 1

L'évolution de l'environnement politique et économique des soins de santé au Canada

par
Gerard W. Boychuk
Université de Waterloo

juillet 2002

Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire vi

Introduction 1
Vue d'ensemble 2

Caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé 4
Analyse des tendances actuelles des dépenses publiques de santé des provinces 4
Le contexte des hausses de dépenses actuelles
– Compressions de dépenses et demande refoulée 4
Les dépenses en santé en tant que mesure relative 6
Analyse du caractère soutenable du fardeau financier futur des dépenses publiques de santé 8
Projections à long terme de la croissance des dépenses en soins de santé 9
Le caractère soutenable des efforts financiers des provinces 10

La dynamique des relations fédérales-provinciales dans le secteur de la santé 12

Les effets sur l'opinion publique 16

Conclusion : La viabilité politique des soins de santé au Canada 19

Notes 20

Bibliographie 21

Points saillants

Comment un environnement politique axé sur l'équilibre budgétaire, la réduction de la dette et/ou des baisses d'impôt a-t-il une incidence sur la viabilité du système de soins de santé ?

- Le lien entre les soins de santé et les questions budgétaires a été une fabrication de nature politique et la viabilité des soins de santé publics au Canada est essentiellement un enjeu politique et non pas une question purement budgétaire.
- L'existence d'une crise budgétaire au Canada n'est pas manifeste dans le contexte des tendances actuelles des dépenses :
    - les dépenses de santé provinciales par rapport au PIB sont au même niveau à l'heure actuelle qu'elles l'étaient au début des années 90;
    - l'évolution récente des hausses de dépenses est probablement le résultat de la demande refoulée créée par les compressions de dépenses du milieu des années 90.
  - Les projections à long terme d'une non-viabilité financière du système doivent être fondées sur l'une des hypothèses suivantes :
    - une accélération des coûts *bien au-delà des hausses de coûts alimentées par le vieillissement démographique et des augmentations modestes des coûts des services offerts à l'heure actuelle*;
    - les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables, un argument pour lequel il n'existe pas de preuve empirique à l'heure actuelle.
- Les relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces contribuent à miner les fondements politiques du système de soins de santé actuel en :
  - créant l'illusion d'une croissance rapide du fardeau fiscal global représenté par les dépenses de santé par rapport à la taille de l'économie;
  - permettant une manipulation de l'appareil financier de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits gouvernementaux soit supporté avant tout au niveau provincial (dont les soins de santé sont la principale responsabilité en matière de programmes), ce qui contribue à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses en soins de santé et les questions de déficits et d'endettement;
  - fournissant aux provinces de fortes incitations pour monter en épingle la baisse de la qualité et la non-viabilité financière dans une tentative en vue de donner un poids maximum à leurs revendications auprès du gouvernement fédéral en vue d'enrichir les transferts.
- Cette dynamique a contribué à alimenter les perceptions suivantes parmi la population :
    - la qualité du système de santé est faible et en perte de vitesse;
    - le système traverse une crise de financement majeure, les gouvernements ne dépensent pas assez pour les soins de santé et une augmentation du financement est nécessaire pour améliorer le système de soins de santé;
    - les deux ordres de gouvernement gèrent mal les questions relatives aux soins de santé et ils accusent des retards grandissants dans leurs tentatives en vue de régler les problèmes des soins de santé.
- Les réformes du système canadien de soins de santé qui abordent la question de la viabilité financière et de la maîtrise future des coûts sans considérer l'enjeu de la viabilité politique

sont probablement vouées à l'échec. *Pour assurer la viabilité politique des soins de santé au Canada, il faut modifier les incitations auxquelles sont soumis le gouvernement fédéral et les provinces dans le contexte actuel des modalités institutionnelles qui entourent le financement et la prestation des soins de santé au Canada.*

Sommaire

Dans le contexte politique de l'ère révolue des déficits budgétaires, la viabilité politique des soins de santé publics semble précaire. Les tensions entre les soins de santé en tant que vaste programme de dépenses publiques et un contexte politique élargi orienté vers des budgets équilibrés, une réduction de la dette et des baisses d'impôt semblent relativement évidentes, mais la fragilité politique des soins de santé au Canada n'est ni automatique ni nécessairement la résultante de ce contexte élargi. Les liens entre les soins de santé et les questions financières ont plutôt été fabriqués sous l'impulsion de facteurs politiques et institutionnels. En conséquence, la viabilité du système public de soins de santé au Canada à l'heure actuelle est essentiellement un enjeu politique – et non pas une question purement financière. L'évolution actuelle des dépenses ne permet pas de déceler à première vue l'existence d'une crise financière dans les soins de santé au Canada; mais la croyance populaire concernant l'existence d'une crise financière dans les soins de santé est néanmoins véritable. La question fondamentale à se poser est celle de savoir pourquoi et comment ce lien entre les dépenses en soins de santé et des enjeux budgétaires comme les déficits, l'endettement et les impôts, que la notion actuelle de viabilité capte si bien, a-t-il pu devenir aussi profondément ancré au cœur des débats sur les politiques canadiennes pendant les cinq dernières années. L'orientation politique contemporaine en faveur de l'équilibre budgétaire, de la réduction de la dette et des déficits, et des baisses d'impôt ne mine pas nécessairement la viabilité du système de soins de santé actuel, mais il faut un appui politique plus vigoureux pour soutenir le système dans ce contexte, de sorte que la possibilité que les dispositions institutionnelles actuelles nuisent à l'appui donné au système de santé est accentuée.

La crise financière des soins de santé n'est pas uniquement une fabrication idéologique; elle possède plutôt des fondements institutionnels solides et persistants. Elle trouve son origine dans la situation paradoxale selon laquelle le cadre institutionnel du système public de soins de santé – notamment la nature et la dynamique des relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces – est structuré de façon à miner au lieu de mousser fondamentalement l'appui de la population pour le système. La fragilité politique actuelle du système est l'aboutissement de la dynamique politique qui fut orchestrée par près d'une décennie de querelles fédérales-provinciales concernant son financement dans un contexte de compression budgétaire. Les incitations créées par les arrangements financiers fédéraux-provinciaux et les modes d'interaction subséquents ont mené à des perceptions répandues tant parmi les élites que dans la population canadienne en général selon lesquelles le système public de soins de santé au Canada est aux prises avec une baisse rapide de sa qualité, qu'il est secoué par une crise de financement, qu'il ne parvient plus à contrôler ses coûts et qu'en bout de ligne, il n'est plus financièrement viable.

L'évolution actuelle des dépenses n'offre qu'un mince fondement aux arguments selon lesquels le système est financièrement non viable. Le ratio des dépenses provinciales de santé en proportion du PIB est le même à l'heure actuelle qu'il l'était, il y a une décennie, et l'évolution récente des hausses de dépenses est en partie attribuable à la demande refoulée qui a résulté des compressions de dépenses du milieu des années 90. L'argument de la non-viabilité du système n'est plausible que si on l'appuie sur des hypothèses d'une escalade des coûts supérieure aux hausses de coûts alimentées par le vieillissement de la population, la croissance démographique

et des augmentations modérées des frais des services offerts à l'heure actuelle ou, encore, sur l'assertion selon laquelle les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables. La première question peut bien sûr être débattue; mais, le fait de soutenir que la *possibilité* de hausses *futures* de coûts présente un danger pour la viabilité du système est fondamentalement différent de l'argument selon lequel l'évolution actuelle des dépenses démontre le caractère non-viable du système actuel. La question du caractère soutenable des efforts fiscaux actuels des provinces à la lumière de l'intégration économique croissante à l'échelle continentale et mondiale demeure ouverte à plus long terme; toutefois, il n'y a aucune preuve à ce jour d'une harmonisation vers le bas des efforts financiers des provinces.

Malgré tout, il existe à l'heure actuelle une perception largement répandue de l'existence d'une crise financière dans les soins de santé publics. Cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – notamment les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Dans le contexte de restrictions plus généralisées, ces arrangements ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population à l'égard du système public de soins de santé. Premièrement, l'illusion d'une croissance rapide du fardeau financier global des dépenses de santé (par rapport à la taille de l'économie) est avant tout un artifice des arrangements financiers entre les deux ordres de gouvernement. Deuxièmement, la manipulation du régime fiscal de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits publics soit supporté surtout au niveau provincial, dont les soins de santé représentent la responsabilité première en matière de programmes, a contribué à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses de santé et la question des déficits et de l'endettement. Enfin, les arrangements financiers actuels encouragent fortement les provinces à faire valoir les difficultés de leur propre système de soins de santé et, d'une façon plus générale, le caractère financier non soutenable du système actuel dans une tentative en vue de renforcer au maximum leurs demandes auprès du gouvernement fédéral d'enrichir les transferts.

Cette dynamique a eu des incidences importantes sur les perceptions du public à l'égard des soins de santé, y compris la baisse spectaculaire dans les perceptions des gens concernant la qualité des soins de santé qui existe en dépit de la prédominance d'expériences personnelles positives vécues dans le système de santé. De plus, il y a aussi des perceptions largement répandues dans la population selon lesquelles le système public de santé est aux prises avec une crise de financement majeure (en dépit du fait que le fardeau fiscal des soins de santé publics par rapport à la taille de l'économie n'est pas plus lourd qu'il ne l'était au début des années 90) et qu'une augmentation du financement doit être un élément central de l'amélioration du système de soins de santé. Enfin, la confiance de la population dans la façon dont les deux ordres de gouvernement abordent les questions de soins de santé est en voie de s'effriter et la croyance populaire selon laquelle les gouvernements accusent des retards de plus en plus prononcés dans leurs démarches en vue de régler les problèmes des services de santé est de plus en plus répandue.

L'évolution actuelle des dépenses n'indique pas que la viabilité financière du système public de soins de santé au Canada est en danger dans l'immédiat. Il ne faut toutefois pas conclure que l'accélération future des coûts ne représente pas un risque pour la viabilité des soins de santé et qu'il n'est pas nécessaire de faire preuve de retenue financière dans la gestion de la santé. Il ne

faut pas croire non plus que la question de la viabilité devrait être écartée comme un phénomène transitoire qui disparaîtra avec le relâchement de la politique de restriction financière. Les conditions qui ont mené à la perception largement répandue d'une crise financière des soins de santé à l'heure actuelle ont des fondements institutionnels véritables et persistants qui devraient se maintenir dans l'avenir prévisible, peu importe que la crise repose sur des bases objectives et que l'on adopte des solutions pour contenir les pressions futures des coûts. Dans le contexte des arrangements actuels, une baisse persistante et difficile à renverser dans les perceptions des gens concernant la qualité et la viabilité du système actuel de soins de santé public au Canada se poursuivra probablement. C'est cette tendance qui est porteuse d'une véritable possibilité de crise.

Introduction

On décrit de plus en plus souvent et avec une insistance croissante la situation du système public de soins de santé au Canada comme étant non viable. La volonté d'éliminer les déficits, de réduire le fardeau de l'endettement et d'abaisser les impôts semble s'être heurtée au désir de maintenir un système de soins de santé intégral, universel et géré par l'État au Canada. Le gouvernement fédéral et les provinces semblent être aux prises avec des demandes apparemment incompatibles de la population (et de certains groupes d'intérêts organisés) en faveur de baisses d'impôts et de budgets équilibrés, tout en assurant la viabilité d'un système de soins de santé de haute qualité, géré et financé par l'État. Cette incompatibilité a contribué à remettre en question la viabilité du système actuel de soins de santé au Canada, ce qui soulève, en retour, un certain nombre de questions connexes : Dans quelle mesure la crise des soins de santé est-elle une réalité financière alimentée par l'évolution du contexte économique ? Est-elle attribuable à l'évolution du contexte politique ? S'agit-il d'un phénomène temporaire lié à la transition vers une ère désormais exempte de déficit et dans quelle mesure la « nouvelle » économie politique du Canada s'accompagne-t-elle de changements permanents à ce que les Canadiens peuvent s'attendre de leurs systèmes de santé ?

L'évolution actuelle des dépenses ne permet pas de déceler à première vue l'existence d'une crise financière dans les soins de santé au Canada. Les tensions entre les soins de santé en tant que vaste programme de dépenses publiques et les pressions en faveur de budgets équilibrés, de remboursement de la dette et de baisses d'impôt semblent relativement évidentes, mais cette relation n'est pas aussi explicite que cela. Les liens entre les deux questions ont plutôt été fabriqués sous l'impulsion de facteurs politiques et institutionnels, car la fragilité politique du système de soins de santé ne possède pas de caractère automatique et n'est pas l'aboutissement inévitable d'un contexte politique de plus en plus orienté vers l'équilibre budgétaire, l'amortissement de la dette et les baisses d'impôts. Par ailleurs, la croyance populaire concernant l'existence d'une crise financière est néanmoins véritable. Dans l'immédiat, la viabilité du système public de soins de santé dans sa forme actuelle au Canada est fondamentalement une question politique et non pas un simple enjeu financier. La question fondamentale à se poser est celle de savoir comment et pourquoi ce lien entre les dépenses en soins de santé et des enjeux budgétaires comme les déficits, l'endettement et les impôts, que la notion contemporaine de « viabilité » capte si clairement, a-t-il pu devenir aussi profondément ancré au cœur des débats sur l'orientation des politiques au Canada pendant les cinq dernières années ? Il devient d'autant plus urgent de comprendre ce lien que le contexte politique orienté vers l'équilibre budgétaire, l'élimination des déficits et de l'endettement et les baisses d'impôt contribuera probablement, semble-t-il, à amplifier les incidences de ce lien.

La crise financière des soins de santé n'est pas simplement une fabrication idéologique. La véritable crise du système canadien de soins de santé trouve son origine dans la situation paradoxale en vertu de laquelle ses bases institutionnelles – notamment, la nature et la dynamique des relations fédérales-provinciales – sont structurées de façon à miner au lieu de mousser fondamentalement l'appui de la population envers le système. La faiblesse politique du système de soins de santé est l'aboutissement d'une dynamique politique cruciale qui fut orchestrée par près d'une décennie de querelles fédérales-provinciales concernant son financement dans un contexte de compression budgétaire. Ces incitations et ces modes d'interaction subséquents ont mené à des perceptions répandues tant parmi les élites que dans la

population canadienne en général selon lesquelles le système public de soins de santé au Canada est aux prises avec une baisse rapide de sa qualité, qu'il est secoué par une crise de financement, qu'il ne parvient plus à contrôler ses coûts et qu'en bout de ligne, il n'est plus financièrement viable.

Comme la perception actuelle d'une crise financière au sein du système de soins de santé trouve son origine dans son cadre institutionnel, les pressions sur le système de santé public ne se sont pas relâchées et ne devraient pas se relâcher par suite de la diminution des pressions financières ou de la mise en place de mécanismes visant à contrôler les coûts futurs du système. Pour pouvoir réorienter le système de santé vers un fondement politiquement plus viable, il faudra repenser sérieusement les responsabilités et les rôles respectifs du gouvernement fédéral et des provinces au niveau du financement et de la prestation des soins de santé publics, et modifier les incitations et les perceptions qui entourent ces arrangements dans l'esprit de la population.

Vue d'ensemble

La première partie de l'étude contient un examen des dépenses provinciales de santé au cours des années 90. On y soutient que l'évolution actuelle des dépenses n'offre qu'un mince fondement à l'argument selon lequel le système est financièrement non viable. Ces allégations doivent s'appuyer sur des prévisions d'une escalade des coûts supérieure aux hausses de coûts alimentées par la croissance démographique, le vieillissement de la population et des augmentations modérées des frais des services offerts à l'heure actuelle ou, encore, sur l'assertion selon laquelle les niveaux actuels de l'effort fiscal sont insoutenables. Cette dernière question du caractère soutenable des efforts actuels en matière d'imposition provinciale dans l'optique d'une intégration économique croissante à l'échelle mondiale et continentale est examinée dans la conclusion de cette première section de l'étude.

Même si les dépenses provinciales en soins de santé en proportion du PIB sont au même niveau qu'elles l'étaient au début des années 90, il existe une perception largement répandue selon laquelle le système de santé est aux prises à l'heure actuelle avec une crise financière. Dans la deuxième section de l'étude, nous soutenons que cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – plus précisément, les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ces arrangements ont semblé fonctionner assez bien en période d'expansion mais, dans un contexte de compression plus généralisée, ils ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population pour le système actuel de soins de santé publics. Premièrement, l'illusion d'une escalade rapide du fardeau financier global rattaché aux dépenses de santé (par rapport à la taille de l'économie) est un artifice des arrangements financiers entre les deux ordres de gouvernement. Deuxièmement, la manipulation du régime fiscal de façon à ce que le fardeau de l'endettement et des déficits publics soit supporté surtout au niveau provincial a contribué à resserrer fortement le lien dans les débats publics entre les dépenses de santé et la question des déficits et de l'endettement. Enfin, dans un contexte de resserrement des transferts fédéraux, les arrangements financiers actuels encouragent les provinces à faire valoir les difficultés de leur système de soins de santé et, d'une façon plus générale, le caractère financier non soutenable du système actuel.

La troisième section de l'étude présente une analyse des effets des réactions des gouvernements aux incitations décrites ci-dessus concernant les perceptions de la population à l'égard des soins de santé. On observe une baisse notable dans les perceptions de la population concernant la qualité des soins de santé qui existe en dépit de la prédominance d'expériences personnelles positives vécues dans le système de santé. Il y a aussi des perceptions largement répandues parmi les gens selon lesquelles le système public de santé est aux prises avec une crise de financement majeure et qu'une augmentation du financement doit être un élément central de l'amélioration du système de soins de santé. Enfin, la confiance de la population dans la façon dont les deux ordres de gouvernement abordent les questions de soins de santé est en voie de s'effriter et la croyance populaire selon laquelle les gouvernements accusent des retards de plus en plus prononcés dans leurs démarches en vue de régler les problèmes des soins de santé est de plus en plus répandue.

En guise de conclusion, nous préconisons l'adoption d'une définition de la viabilité qui intègre la dimension politique – au lieu de la seule dimension financière – à la notion de viabilité du système de santé. En l'absence d'une réforme, les incitations inhérentes à la structure institutionnelle fédérale-provinciale sont susceptibles de continuer à miner la viabilité politique du système public de soins de santé au Canada.

Caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé

Dans le contexte des débats actuels, la viabilité est perçue surtout en se référant à sa dimension financière. Dans la prochaine section, nous examinons la question du caractère viable du système sur le plan financier, en soutenant que les tendances actuelles des dépenses ne sont pas suffisantes, en soi, pour prouver le bien-fondé de l'argument de non-viabilité.

Analyse des tendances actuelles des dépenses publiques de santé des provinces

Deux démarches sous-tendent généralement les arguments concernant la non-viabilité financière des soins de santé. La première consiste à projeter les coûts futurs des soins de santé à partir des tendances actuelles des dépenses (à compter surtout de 1996), tandis que la deuxième s'appuie sur une projection des tendances actuelles de ces dépenses exprimées en proportion des dépenses totales de programmes des provinces. Mais, les deux méthodes comportent de sérieuses lacunes. La première est liée à la détermination de la période de référence pertinente sur laquelle les extrapolations doivent être basées. Les projections des coûts des soins de santé fondées sur la fin des années 90 ignorent le fait que les restrictions de dépenses au milieu de la décennie ont probablement contribué à la création d'une demande refoulée qui s'est traduite par une hausse des niveaux annuels de dépenses par la suite durant la décennie. Deuxièmement, le ratio des dépenses de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes n'est pas une mesure acceptable du caractère soutenable du fardeau financier des dépenses de santé.

Le contexte des hausses de dépenses actuelles – Compressions de dépenses et demande refoulée

L'une des difficultés que comporte une projection fondée sur les tendances actuelles des dépenses en soins de santé est liée à la nécessité de porter un jugement sur les facteurs sous-jacents qui expliquent les hausses récentes de dépenses. Selon le rapport des ministres de la santé des provinces et des territoires sur les coûts des soins de santé, les restrictions de dépenses rigoureuses qui furent appliquées aux soins de santé du début jusqu'au milieu des années 90 se sont traduites par un taux de croissance annuelle très faible (2000, 3.17). Le rapport souligne aussi qu'a compter de 1996, les provinces et les territoires ont commencé à réinvestir, en partie pour compenser les compressions mises en place pendant les premières années de la décennie (3.17).

Les dépenses annuelles en santé des provinces (voir la figure 1) ont augmenté considérablement pendant la période qui a débuté après 1996[1]. Toutefois, les dépenses provinciales observées furent plus faibles entre 1993 et 1996 qu'elles ne l'auraient été si les dépenses publiques en santé par habitant avaient été maintenues à leurs niveaux de 1992. En 1997, les dépenses provinciales observées furent inférieures d'un total cumulatif de plus de 13 milliards de dollars (en dollars constants de 1992) qu'elles ne l'auraient été si les provinces avaient tout simplement maintenu leurs dépenses par habitant aux niveaux de 1992. Comme les provinces ont commencé à réinvestir dans les soins de santé après 1996, le total cumulatif des dépenses provinciales observées en 2001 a *presque* atteint le montant que les provinces auraient dépensé pendant la période 1992-2001, si elles avaient simplement maintenu leurs dépenses par habitant aux niveaux de 1992 (voir figure 2).

Figure 1
Dépenses annuelles des provinces pour la santé, Canada, 1992-2001

Dépenses observées et dépenses de 1992
(corrigées en fonction de la croissance démographique)

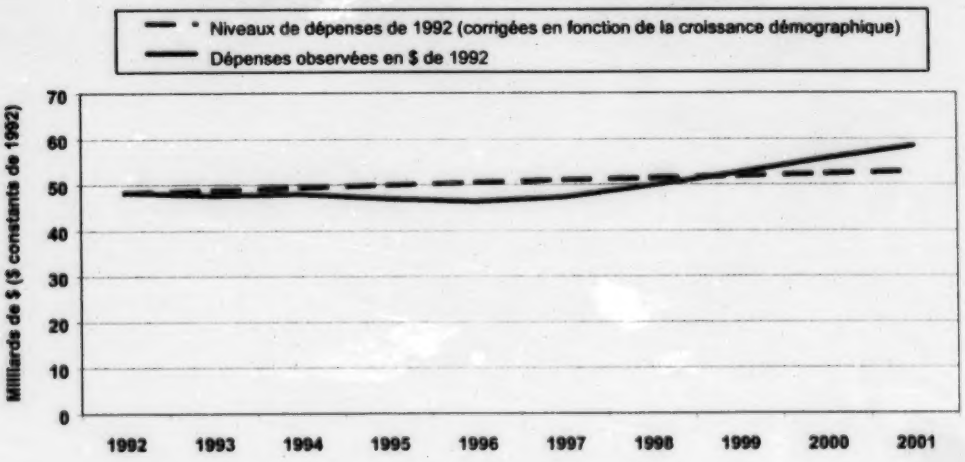
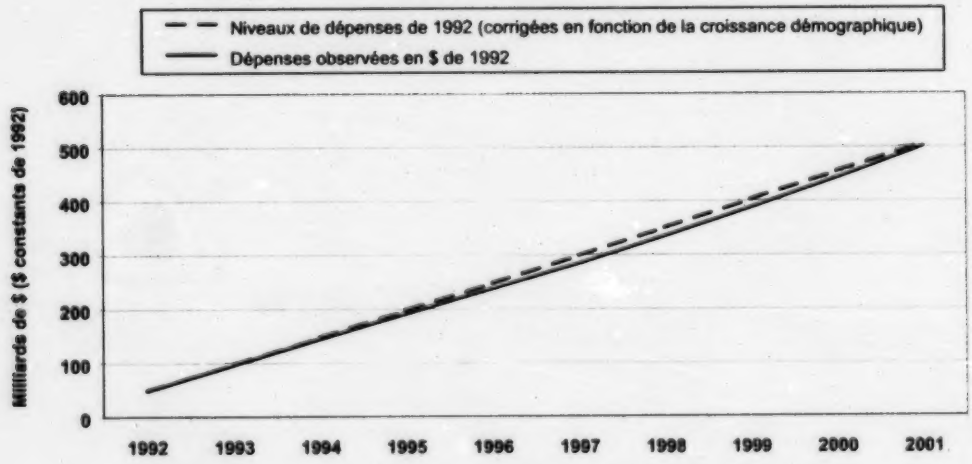


Figure 2
Dépenses cumulatives des provinces pour la santé, Canada, 1992-2001

Dépenses observées et dépenses de 1992
(corrigées en fonction de la croissance démographique)



La question essentielle consiste donc à délimiter les hausses de dépenses qui ont résulté des choix discrétionnaires des gouvernements provinciaux visant à améliorer ou à étendre les services, celles qui ont fait suite à la demande refoulée attribuable aux restrictions de dépenses du début au milieu des années 90 et, enfin, les augmentations de dépenses nécessitées par d'autres pressions sur les coûts. Chacun de ces éléments a des incidences différentes sur les tendances futures des dépenses. L'amélioration et l'expansion de services discrétionnaires se prêtent mieux à des restrictions que les autres pressions non discrétionnaires sur les coûts. La hausse des coûts alimentée par une demande refoulée devrait normalement se stabiliser. Aucun de ces éléments ne peut être considéré comme un indice du caractère inévitable de hausses de coûts futures. Ce n'est que l'augmentation des coûts attribuable au troisième ensemble de pressions qui est pertinente pour la question du caractère non-viable et inévitable de la situation financière du système de santé. À cet égard, une extrapolation des tendances actuelles des dépenses sans procéder à une délimitation claire des diverses forces motrices qui alimentent l'escalade des coûts et à une évaluation de leurs incidences différentes sur les tendances futures des dépenses n'est pas une méthodologie acceptable pour prévoir les tendances futures des dépenses.

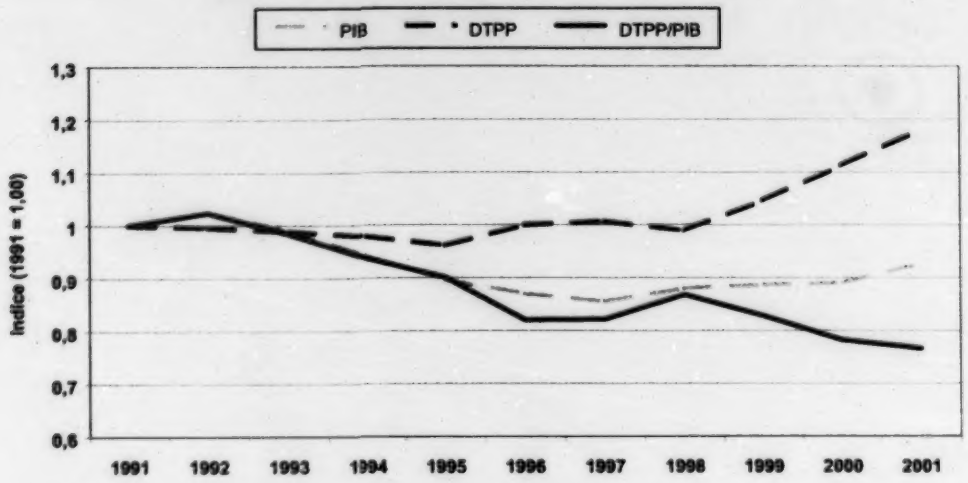
Les dépenses de santé en tant que mesure relative

Le ratio des dépenses de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes est l'indicateur des dépenses provinciales de santé qui a été utilisé dans les débats publics récents sur la santé. Cette mesure est importante en soi; toutefois, elle comporte de sérieuses lacunes en tant que mesure du fardeau fiscal des dépenses en soins de santé et elle n'est pas un bon indicateur du caractère soutenable du fardeau financier global que comportent les tendances actuelles des dépenses de santé.

Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux en proportion du produit intérieur brut ont diminué de 1993 à 1997 (voir la figure 3). Les dépenses ont augmenté depuis 1997, mais les dépenses provinciales de santé en proportion du PIB sont encore inférieures à ce qu'elles étaient, il y a plus d'une décennie. Par ailleurs, les dépenses provinciales de santé en proportion des dépenses provinciales totales de programmes se sont accrues pendant la même période. Cette disparité apparente s'explique par le fait que les dépenses provinciales totales de programmes en dollars réels sont demeurées stationnaires entre 1991 et 2000, tandis qu'elles ont chuté à 78 pour cent de leurs niveaux de 1991 par rapport au PIB. Par conséquent, les dépenses provinciales de santé ont augmenté en proportion des dépenses provinciales totales de programmes, tandis qu'elles sont demeurées stationnaires par rapport au PIB.

Une mesure mieux indiquée du fardeau financier et de la viabilité financière est le ratio des dépenses de santé des gouvernements provinciaux par rapport aux recettes provinciales totales. En 2001, les dépenses provinciales de santé (exprimées en pourcentage des recettes provinciales totales) étaient au même niveau qu'elles étaient en 1991 et légèrement inférieures à ce qu'elles étaient au tout début des années 90 (voir la figure 4). Par rapport aux ressources financières, il ne s'est produit aucune hausse du fardeau financier représenté par les dépenses provinciales en soins de santé. Les variations du fardeau financier représenté par les dépenses de santé n'ont été ni masquées ni accentuées par les variations dans l'ensemble de l'effort financier des provinces. L'effort financier global des provinces (mesuré à l'aide des recettes autonomes en proportion du

Figure 3
Dépenses des provinces pour la santé, 1991-2001
Diverses mesures, sous forme d'indices (1991 = 1,00)



DTPP = Dépenses totales de programmes des provinces.

Figure 4
Dépenses des provinces pour la santé, 1991-2001
En proportion des recettes totales et
des recettes autonomes des provinces

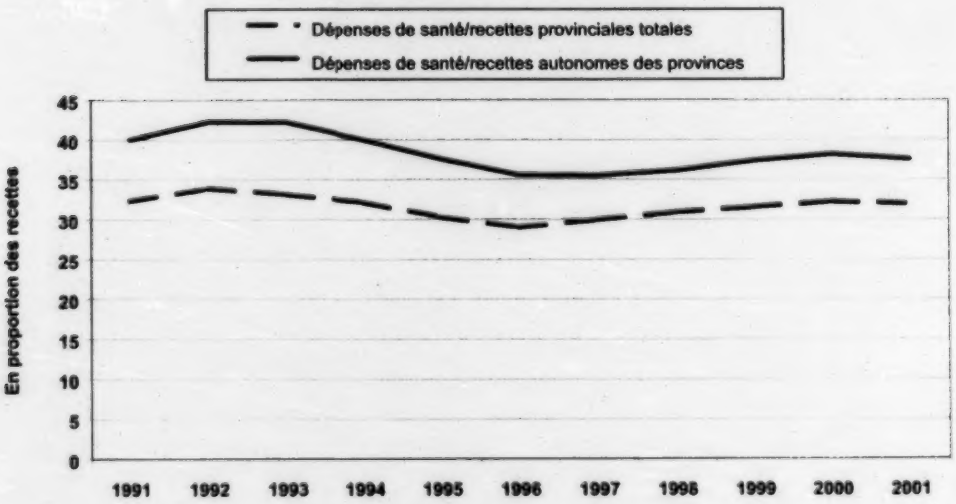
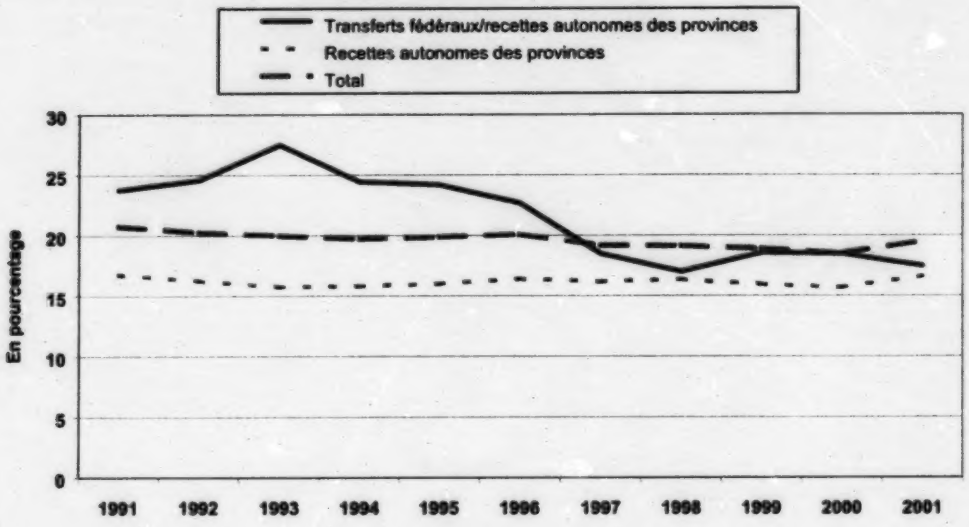


Figure 5
Transferts fédéraux et recettes autonomes des provinces, 1991-2001



PIB) est demeuré constant pendant toutes les années 90 (voir la figure 5). Par ailleurs, l'apport global du gouvernement fédéral aux recettes provinciales totales a diminué[2].

Donc, le tableau d'ensemble qui se dégage de tout ceci, c'est que la compression des transferts fédéraux a eu pour conséquence qu'une proportion croissante *de la hausse* des recettes autonomes des provinces est acheminée vers les soins de santé au lieu de servir à financer d'autres programmes provinciaux ou à réduire les déficits ou à amortir la dette. Dans ce contexte, les soins de santé ont pour effet d'évincer l'aptitude à offrir d'autres biens publics. Il s'agit manifestement d'un problème sérieux dans l'optique des gouvernements provinciaux. À cet égard, le caractère soutenable du fardeau financier des dépenses en soins de santé est un problème véritable dans l'*optique des provinces*. Mais elle *n'est pas* révélatrice du caractère non soutenable du fardeau financier global des soins de santé par rapport à l'aptitude globale des gouvernements canadiens à supporter ce fardeau.

Analyse du caractère soutenable du fardeau financier futur des dépenses publiques de santé

Dans les circonstances actuelles, le caractère soutenable du fardeau financier global des soins de santé par rapport à l'aptitude de l'État (plutôt que des gouvernements individuels) à prendre en charge ce fardeau n'est pas remis en question. Mais, à plus long terme, le caractère soutenable du fardeau financier du système de santé public devient un enjeu sérieux dans le contexte de deux scénarios : l'accélération rapide des coûts des soins de santé ou l'érosion des efforts

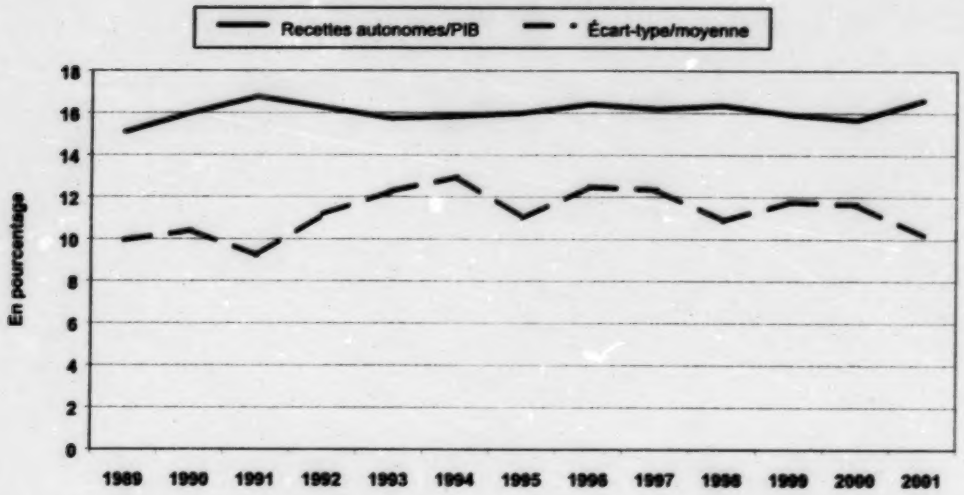
financiers actuels des gouvernements provinciaux ou de l'aptitude des gouvernements provinciaux à maintenir ce niveau d'effort financier.

Projections à long terme de la croissance des dépenses en soins de santé

En l'absence d'une accélération des coûts, d'autres éléments générateurs de coût comme le vieillissement n'alourdiront pas le fardeau du système de santé par rapport à l'ensemble de l'économie dans l'avenir prévisible. Le rapport des ministres de la santé des provinces et des territoires, *Understanding Canada's Health Care Costs*, contient des projections détaillées des coûts des soins de santé jusqu'en 2026-2027. En tenant compte des effets de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'inflation et d'une augmentation de 1 pour cent par année pour prendre en considération d'« autres » besoins en services de santé, le rapport conclut que le scénario de référence comporte une hausse des dépenses de fonctionnement de la santé qui demeure passablement stable en proportion du PIB au cours de la période (p. 31). Le rapport ne donne pas de précision sur la source des projections du PIB, sauf qu'il souligne que les taux de croissance du PIB nominal ralentiront pour passer de 6,5 pour cent en 2000 à 4,8 pour cent en 2002, et à un rythme plus lent de 4,0 pour cent par la suite jusqu'en 2026 (p. 31). [Le taux de croissance annuelle moyen du PIB (sur la base des dépenses aux prix du marché) s'est établi à 4,4 pour cent pendant les années 90.] En utilisant des taux de croissance économique conservateurs fondés sur des anticipations d'un déclin séculaire à long terme du PIB et en ajoutant une hausse de 1 pour cent des dépenses par année en sus des effets attribuables au vieillissement, à l'inflation et à la croissance démographique, les coûts des soins de santé ne représenteront pas un fardeau plus lourd pour l'économie canadienne au cours du prochain quart de siècle que ce n'est le cas actuellement ou que ce n'était le cas, il y a une décennie.

Cependant, des problèmes d'aptitude à soutenir le fardeau financier se manifestent clairement dans le contexte d'un scénario d'accélération des coûts supérieure à celle attribuable au vieillissement, à la croissance démographique et à une hausse modérée des coûts des services actuellement offerts. Il y a de bonnes raisons de croire que des pressions considérables s'exerceront sur les coûts dans l'avenir – une analyse dont la portée dépasse celle de notre étude. Le fait que les tendances actuelles des dépenses aient un caractère soutenable ne signifie pas que des questions de capacité future de payer ne poseront pas de menace au caractère soutenable des soins de santé ou qu'il ne sera pas nécessaire de faire preuve de retenue dans la gestion de la santé. Mais ce scénario soulève des questions complètement différentes de celles qui découlent de l'argument selon lequel l'évolution actuelle des dépenses démontre le caractère financier non viable du système actuel. L'enjeu principal consiste à se demander si l'accélération des coûts menant à un niveau non soutenable est inévitable. Cette question comporte d'importants enjeux concernant la détermination des gouvernements provinciaux à tenter de contrôler les coûts des soins de santé dans le contexte d'importantes pressions politiques en vue de les augmenter. Deuxièmement, il faut aussi s'interroger sur l'aptitude des gouvernements à contrôler les coûts même s'ils sont déterminés à le faire. Si les gouvernements provinciaux ne sont pas en mesure de contrôler les dépenses de santé à long terme, le système deviendra éventuellement impossible à maintenir sur le plan financier – une préoccupation des plus sérieuse dans le contexte de l'examen de la question du caractère viable du système.

Figure 6
Recettes autonomes des provinces, 1989-2001
En proportion du PIB et écart-type
(en pourcentage de la moyenne)



Le caractère soutenable des efforts financiers des provinces

Les coûts des soins de santé peuvent aussi devenir financièrement insoutenables si les efforts financiers des provinces et les taux d'imposition actuels sont insoutenables. Les efforts financiers des provinces, calculés en termes de sources autonomes de recettes en pourcentage du PIB, sont demeurés constants au cours des années 90 (voir la figure 6). Des preuves d'une érosion de l'aptitude des provinces à maintenir les niveaux actuels d'efforts financiers ne se sont pas encore manifestées. Il n'y a eu aucune convergence parmi les provinces sur le plan de leurs efforts financiers et, à ce titre, il n'y a aucune preuve d'une harmonisation vers le bas des efforts financiers.

Par ailleurs, on peut soutenir que des pressions à la baisse sur les taux d'imposition des provinces et l'aptitude à maintenir les efforts financiers s'accumuleront par suite de l'intégration économique croissante à l'échelle continentale et mondiale[3]. Il y a lieu de s'attendre que ces pressions se feront sentir d'une façon plus rapide et plus accentuée à l'échelle provinciale qu'au niveau fédéral. Il est permis de croire que les gouvernements provinciaux sont plus exposés aux pressions concurrentielles exercées par l'intégration économique et la concurrence trans-frontières. Selon Courchene, les provinces harmoniseront graduellement leurs politiques publiques – y compris leurs politiques d'imposition – aux tendances observées dans les États américains avec lesquels elles sont de plus en plus exposées à la concurrence et aux effets de l'intégration (Courchene et Telmer, 1998, p. 289-291).

Il y a maintenant un nombre considérable d'études disponibles qui remettent en question la proposition générale selon laquelle la mondialisation entraîne une convergence des politiques sociales ou des régimes d'imposition entre les pays de l'OCDE. Peu de pays peuvent échapper à la nécessité d'adapter leurs régimes de politique sociale au nouvel ordre économique, mais des divergences au chapitre de la vie politique nationale continuent de conditionner la façon dont les pays réagissent, ce qui a pour effet de mitiger l'impact des pressions économiques sur le contrat social. En conséquence, il n'y a aucune raison de croire que la politique sociale ou les régimes d'imposition convergeront vers une formule unique pour répondre aux besoins sociaux des citoyens. Banting (à paraître) a souligné que les dépenses sociales en proportion du PIB dans les pays de l'OCDE continuent leur mouvement régulier à la hausse et qu'il n'y aucune tendance générale vers une convergence de la proportion des ressources nationales que les divers pays consacrent aux programmes sociaux. L'analyse fouillée d'Olewiler sur les tendances de la fiscalité et l'étude réalisée par Garrett sur l'imposition et les dépenses publiques ne parviennent pas non plus à détecter de preuve d'une convergence significative entre les pays de l'OCDE (Olewiler, 1999; Garrett, 1998). Ces thèmes reviennent aussi dans un vaste éventail d'autres études (Krugman, 1996; Martin, 1996; Esping-Andersen, 1996; Swank, 2001, 1998; Iversen, 2001). Les conclusions qui émergent d'examens des politiques au Canada et aux États-Unis sont semblables aux résultats obtenus ailleurs. L'argument (prédominant au tout début de la période de libre-échange) selon lequel le Canada ne sera pas en mesure, en bout de ligne, de maintenir des taux d'imposition supérieurs à ceux des États-Unis soulève de plus en plus de scepticisme (Brown, 2000; Kesselman, 2001; Skogstad, 2000).

Ces conclusions peuvent, bien sûr, être remises en question. Selon l'argument de l'« effet décalé », l'impact complet de l'intégration économique ne s'est pas encore fait pleinement sentir, de sorte qu'une tendance profonde vers une convergence des régimes de politiques entre les États-Unis et le Canada se manifestera sûrement au fil du temps. Cet argument se présente sous deux formes. Selon sa version économique, il y a des enchaînements naturels dans les processus d'adaptation à l'intégration, de sorte que la première vague des ajustements se fera sentir dans les structures industrielles, tandis que les pressions en vue de rétrécir les écarts au chapitre de la taxation et des dépenses s'accumuleront au fil du temps. Selon la version culturelle de l'argument, l'intégration économique entraînera inévitablement une intégration culturelle plus poussée entre les deux pays, à mesure que les médias et d'autres liens contribueront à aligner de plus en plus fermement les attitudes canadiennes sur les normes américaines. D'après ce scénario, les Canadiens commenceront à intégrer davantage les valeurs américaines à leur vie politique, y compris une tolérance de plus en plus limitée envers des taux d'imposition différents. Cette objection est difficile à écarter pleinement, puisque le maintien de divergences au niveau des politiques pourra toujours être attribué au fait que le délai anticipé est tout simplement plus long que prévu et que la convergence demeure à portée de la main. Toutefois, jusqu'à ce jour, aucunes pressions à la baisse n'ont pu être décelées sur l'aptitude générale des provinces à générer des recettes fiscales.

La dynamique des relations fédérales-provinciales dans le secteur de la santé

En dépit du fait que le ratio des dépenses provinciales de santé par rapport au PIB est au même niveau qu'il l'était au début des années 90, il y a actuellement une perception largement répandue selon laquelle le système de soins de santé est aux prises avec une crise financière. Cette perception trouve son origine, dans une large mesure, dans les bases institutionnelles du système de santé – plus précisément, les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ces arrangements ont semblé fonctionner assez bien en période d'expansion mais, dans un contexte de restriction plus généralisée, ils ont commencé à créer une dynamique comportant de sérieuses possibilités de miner l'appui de la population pour le système actuel de soins de santé publics.

Les deux ordres de gouvernement jouent un rôle dans le secteur des soins de santé, quoique les gouvernements provinciaux possèdent des compétences prépondérantes en matière de prestation des soins de santé. (Pour un survol général, voir Maioni, 2002.) Le gouvernement fédéral absorbe une partie des coûts des régimes d'assurance-maladie provinciaux, s'occupe de la protection de la santé (réglementation des médicaments, par exemple), assure le financement des soins de santé donnés aux Autochtones sur les réserves et partage avec les provinces la responsabilité de la promotion et de la formation en matière de santé. Le rôle fédéral en matière de partage des coûts des services de santé offerts par les provinces est régi par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et sa définition figure sous la rubrique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

La LCS régit les transferts fédéraux aux provinces pour la prestation de l'assurance publique pour les services offerts par les hôpitaux et les médecins. Cinq principes définis par le gouvernement fédéral figurent au cœur de la *Loi canadienne sur la santé*, qui est le fondement législatif du système canadien de soins de santé : gestion publique (chaque régime provincial doit être géré sur une base à but non lucratif par une autorité publique qui doit rendre compte de ses actes au gouvernement provincial); intégralité (les provinces doivent assurer une protection pour tous les services nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins); universalité (les services assurés doivent être universellement disponibles pour tous les résidants de la province selon des modalités uniformes avec des périodes d'attente d'un maximum de trois mois pour les nouveaux arrivants); transférabilité (chaque régime provincial doit être transférable, de sorte que les résidants admissibles sont protégés lorsqu'ils séjournent temporairement à l'extérieur de leur province); et accessibilité (l'accès raisonnable aux services assurés ne doit pas être compromis par des obstacles financiers ou autres et une rémunération raisonnable doit être versée aux médecins pour la prestation des services assurés)[4]. La LCS prévoit une réduction des transferts fédéraux à raison d'un dollar pour chaque dollar perçu dans une province par l'intermédiaire de frais d'utilisation et de surfacturation. En revanche, l'application de sanctions pour des dérogations aux cinq principes fédéraux a un caractère discrétionnaire et, à ce jour, aucune province n'a encore été pénalisée pour des infractions aux principes décrits dans la LCS, même si plusieurs provinces ont violé et continuent de violer manifestement divers principes[5].

Compte tenu de cette division des responsabilités, la dynamique des relations fédérales-provinciales en ce qui concerne la santé est relativement simple. Le gouvernement fédéral s'emploie à minimiser dans la mesure du possible ses engagements financiers, tout en assurant sa

visibilité dans le secteur de la santé et son aptitude à faire valoir son rôle en matière d'application de la LCS. Par ailleurs, les gouvernements provinciaux s'efforcent de maximiser les engagements financiers du gouvernement fédéral, tout en préservant leur marge de manœuvre par rapport aux contraintes imposées directement ou indirectement par l'intermédiaire des pressions publiques qui résultent de la LRC.

L'importance des arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces en ce qui concerne l'aspect politique entourant les soins de santé n'est pas devenue véritablement manifeste aussi longtemps que les transferts fédéraux ont continué d'augmenter. Des pressions ont commencé à s'accumuler aussitôt que les transferts versés en vertu du Financement des programmes établis (FPE) furent soumis à des restrictions (indexation en fonction du taux de croissance du PNB moins 2 pour cent en 1986, puis modification à la formule en 1989 pour la ramener au taux de croissance du PNB moins 3 pour cent) et gelés au début des années 90. Toutefois, ce fut le passage du FPE au TCSPS qui a indiqué la portée véritable du repli du gouvernement fédéral de son engagement financier à l'égard du système public de soins de santé. Le passage au TCSPS s'est traduit par une réduction des transferts de 2,5 milliards de dollars en 1996-1997 et de 4,5 milliards en 1997-1998. Le gouvernement fédéral a poussé tellement loin l'enveloppe des compressions qu'il est apparu que les principes intégrés à la LCS seraient compromis, et plusieurs observateurs se sont demandé de quelle façon les principes de la LCS pourraient être mis en application contre un gouvernement provincial récalcitrant, étant donné que la fraction en espèces du TCSPS était appelée à disparaître. La mise en place par le fédéral d'un plancher sur la fraction en espèces des transferts du TCSPS fut une tentative de trouver un optimum entre la minimisation des contributions financières et le maintien d'une aptitude du gouvernement fédéral à faire valoir son rôle dans les aspects politiquement populaires du régime d'assurance-maladie canadien.

Cette situation a entraîné trois incidences primordiales. La première est l'illusion selon laquelle les soins de santé représentent un fardeau financier en croissance rapide par rapport à l'aptitude de l'État à supporter ce fardeau, ce qui contribue à soulever des inquiétudes concernant la viabilité du système public de soins de santé au Canada. Les dépenses en soins de santé ne représentent pas une proportion plus élevée du PIB que celle observée il y a une décennie. Mais, par suite des compressions de transferts fédéraux, les gouvernements provinciaux font valoir que les soins de santé publics dans leur forme actuelle ne sont plus à la mesure de nos moyens. Cet argument semble convaincant et, du point de vue des provinces, il est véridique sans égard au fait qu'il résulte ou non des arrangements financiers entre le fédéral et les provinces pour le financement de la santé.

Deuxièmement, en partie à cause de la compression des transferts fédéraux, la situation financière du gouvernement fédéral est considérablement plus attrayante que celle des provinces. La situation en vertu de laquelle les surplus sont détenus au palier fédéral (qui a une participation directe limitée à la prestation des services de santé) et que les déficits ou les quasi-déficits se retrouvent au niveau des gouvernements provinciaux (dont la responsabilité de loin la plus importante en matière de programme est celle des soins de santé) contribue à fabriquer l'image politique d'un lien étroit entre les soins de santé et les questions de budgets équilibrés et de réduction des déficits et de la dette. Les objectifs d'assurer la prestation de soins de santé publics et de réduire les déficits et la dette se retrouvent donc en forte concurrence politique par suite du

déséquilibre fiscal entre les niveaux de gouvernement qui a été aggravé par les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces pour le financement de la santé.

Enfin, ces arrangements financiers ont entraîné des incitations perverses parmi les gouvernements provinciaux. La stratégie provinciale face à la compression des transferts fédéraux fut de tout mettre en œuvre pour susciter des pressions populaires sur le gouvernement fédéral en vue d'augmenter la fraction en espèces des transferts. En conséquence, les provinces ont montré peu d'empressement à combattre avec vigueur les perceptions de la population concernant la détérioration de la qualité des soins de santé et la couverture médiatique sensationnaliste, ce qui a contribué grandement à renforcer ces perceptions. Les gouvernements provinciaux sont incités à renforcer leurs demandes de financement fédéral accru en laissant ces perceptions se répandre – sinon en les encourageant – en autant qu'une partie du blâme peut être effectivement reporté sur le gouvernement fédéral. Deuxièmement, les provinces sont aussi incitées à insister exagérément sur l'aspect financier de la question des soins de santé, en mettant l'accent sur la perception selon laquelle l'explication principale aux problèmes du système de soins de santé est un manque de ressources financières. Enfin, dans le contexte de la stratégie de rejeter le blâme sur le dos d'un autre, les provinces ont avantage à alléguer que la LCS est une camisole de force qui les empêche d'apporter des innovations profondes au système de soins de santé et limite leur aptitude à corriger les problèmes qui affligent en soi le système de santé. Il n'est donc pas étonnant qu'un quotidien national ait recommandé récemment de mettre au rancart la LCS à cause des « contraintes » intolérables qu'elle impose à la faculté des provinces d'innover (Coyne, 2002).

L'argumentation que les gouvernements provinciaux ont avancée en réponse aux incitations inhérentes aux arrangements financiers a débouché, comme on pouvait s'y attendre, sur des allégations selon lesquelles le système actuel de soins de santé publics n'était pas viable. Au terme de la rencontre récente des premiers ministres à Victoria, Gordon Campbell, premier ministre de la Colombie-Britannique, a déclaré : « Nous sommes tous d'accord, en tant que premiers ministres, que le système de soins de santé dans sa situation actuelle n'est pas viable » (*The Globe and Mail*, le 25 janvier 2002). Le *National Post* a publié les commentaires suivants de Don Mazankowski : « Le système public de soins de santé au Canada s'écroulera sous peu à moins que des réformes énergiques ne soient instituées » (Kennedy, 2002). Une dernière illustration est un encart publicitaire du gouvernement de l'Ontario qui, dans un titre flamboyant, déclarait : « À moins qu'Ottawa ne paie sa juste part des soins de santé, les pronostics ne sont pas bons ». Ces réactions font tout simplement partie de la stratégie provinciale de fournir une réponse rationnelle aux incitations intégrées aux arrangements financiers actuels.

Ces divers effets se conjuguent pour former un cercle vicieux. Le déplacement par le fédéral d'une partie du fardeau de sa dette pour le refiler aux provinces sous la forme de compressions des paiements de transfert a eu pour effet de créer des incitations pour les provinces à mettre en évidence les lacunes du système actuel des soins de santé publics au Canada. Par ailleurs, ce déplacement a permis de relier endettement et déficits aux soins de santé, ce qui contribue à accentuer l'image de la non-viabilité du système public actuel. Dans la mesure où la situation financière du gouvernement fédéral est désormais relativement plus reluisante que celle des provinces, ces dernières ont des incitations encore plus fortes à tenter d'obtenir des transferts plus élevés du gouvernement fédéral par l'intermédiaire de stratégies comme celle décrite plus

haut. La stratégie semblera d'autant plus efficace dans l'optique des provinces que le gouvernement fédéral réagira dans les faits en augmentant ses transferts.

Les effets sur l'opinion publique

Les perceptions du public concernant les soins de santé qui, autrement, pourraient sembler énigmatiques deviennent plus facilement explicables à la lumière de la dynamique politique qui se dégage du fonctionnement des arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces dans un contexte de compressions financières. Même s'il y a de très bonnes raisons d'être très sceptique à l'égard de la fiabilité et de l'interprétation des enquêtes d'opinion publique portant sur des enjeux de politiques publiques, la prochaine section est consacrée à l'analyse de trois tendances relativement stables et bien documentées dans l'opinion publique qui semblent vraisemblablement liées à la dynamique des manœuvres fédérales-provinciales concernant le financement des soins de santé.

1. *Une impression que le système est en crise et que la qualité des soins de santé est à la baisse en dépit d'expériences personnelles allant dans le sens contraire.*

La progression de la perception parmi les Canadiens selon laquelle les soins de santé représentent la priorité la plus importante au pays n'est rien de moins que stupéfiante. Pendant les années 90, les soins de santé sont passés d'une question qui soulevait peu de passion pour devenir la priorité de loin la plus élevée pour les Canadiens (pour un aperçu de ce revirement, voir Vail, 2001, p. 1-2). Les préoccupations suscitées par d'autres questions plus vivaces comme l'économie connaissent des hauts et des bas, mais la question des soins de santé est apparue soudainement pour se hisser au sommet de l'échelle des priorités en moins de cinq ans. Les soins de santé sont devenus un enjeu aussi important en partie à cause de perceptions grandissantes selon lesquelles le système est en état de crise – une impression que partagent maintenant près de quatre répondants sur cinq aux enquêtes (Vail, 2001, p. 1).

Cette montée de la visibilité des soins de santé est liée aux perceptions des gens concernant la baisse de la qualité des soins de santé offerts au Canada. L'érosion de la confiance de la population à l'égard de la qualité du système de soins de santé ne s'est pas produite graduellement au fil du temps; au contraire, elle s'est d'abord manifestée au début des années 90 et elle s'est accélérée considérablement au milieu des années 90 (Vail, 2001, p. 8). La prédominance de la perception populaire selon laquelle la qualité des soins de santé est à la baisse est demeurée stable depuis 1997, même si les provinces ont commencé à réinvestir dans les soins de santé. Lorsqu'on demande si les Canadiens reçoivent généralement des soins de qualité, le pourcentage des répondants en accord avec la question est passé de 67 pour cent en 1999 à 49 pour cent en 2001 (Health Care in Canada, 2001, p. 6). Il s'agit d'une chute abrupte des perceptions positives concernant la qualité des soins de santé au Canada sur une très courte période de temps.

Ces tendances profondes nécessitent sans doute une explication. Une telle chute pourrait de toute évidence s'expliquer par le fait que le système est en état de crise. Dans la mesure où ce que les Canadiens connaissent du système de soins de santé découle principalement des contacts qu'ils ont eus avec celui-ci, lesquels ont été de nature essentiellement positive, l'image de crise provient nécessairement d'ailleurs. Il n'existe que peu de preuve d'une détérioration du caractère positif des expériences personnelles vécues dans le système de soins de santé, car les perceptions individuelles quant à la qualité des soins au Canada sont définitivement élevées. Par exemple, le taux de satisfaction parmi les gens qui personnellement ou dont des membres de la famille ont

fait un séjour à l'hôpital est élevé puisqu'il atteint 80 pour cent, tandis qu'il s'établit à 70 pour cent pour ceux qui ont visité une salle d'urgence (Vail, 2001, p. 17). De plus, les Canadiens sont beaucoup plus optimistes quant à l'aptitude du système à satisfaire leurs propres besoins et ceux de leur famille qu'à sa capacité de répondre aux besoins de la population dans son ensemble. Vail émet l'hypothèse que l'écart systématique des niveaux de confiance à l'égard des soins de santé au niveau du système par rapport à ceux au niveau individuel résulte peut-être d'un problème de communication (Vail, 2001, p. 17). Toutefois, cet écart s'explique d'une façon plus plausible par les articles dans les médias qui décrivent les tensions et les contraintes que connaît le système de soins de santé. Ces problèmes ne sont certes pas imaginaires, mais ils ne sont pas représentatifs de la norme au niveau de la prestation des soins de santé et ils sont empreints d'exagération parce qu'on les généralise. Comme nous l'avons indiqué plus haut, un élément clé de ce processus est la volonté apparente des gouvernements provinciaux de permettre et même parfois d'encourager ces perceptions. La meilleure explication de ce comportement de la part des gouvernements provinciaux est de le considérer comme une réaction aux incitations que comportent les arrangements financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces au lieu de l'attribuer tout simplement à un manque de communications efficaces.

2. *Une impression que nous traversons actuellement une crise majeure de financement et que le système a besoin de ressources supplémentaires.*

Selon une impression largement répandue, le système fait face à l'heure actuelle à une crise de financement ou encore il y a imminence d'une crise de financement. Ces perceptions parmi la population ne sont pas étonnantes, compte tenu des efforts déployés par les gouvernements provinciaux de démontrer publiquement l'existence d'une crise de financement des soins de santé. À cet égard, il n'est pas étonnant non plus que quatre Canadiens sur cinq estiment qu'on ne dépense pas assez pour les soins de santé. Certes, la plupart des citoyens ne croient pas que le financement en soi est la solution au problème (il est étonnant dans les faits que des répondants donnent cette réponse), mais la majorité des Canadiens doutent que le système puisse être amélioré sans l'injection de fonds supplémentaires : la « conviction selon laquelle le système a besoin de ressources additionnelles est de plus en plus répandue » (Compas, 2001, p. 13). Les Canadiens ne sont peut-être pas convaincus que la seule injection de fonds supplémentaires dans le système apportera une solution définitive, mais ils ne sont pas persuadés non plus que les lacunes du système pourront être « corrigées » sans l'apport de ressources additionnelles et « [...] les Canadiens sont de plus en plus réfractaires à l'idée que le système peut être amélioré sans l'injection de fonds supplémentaires. Ils ne croient désormais plus que d'autres gains d'efficience puissent être réalisés dans le système » (Compas, 2001, p. 13). Il n'est pas surprenant non plus qu'une majorité de Canadiens préfèrent que les augmentations de coûts soient solutionnées par des hausses de dépenses et non pas par la possibilité de recourir à des services privés ou par l'imposition de limites à l'accès aux services. Donc « [...] l'augmentation du financement public était l'option que les Canadiens préféraient comme moyen d'atténuer les pressions ressenties par le système de soins de santé » (Vail, 2001, p. 21).

3. *Une chute spectaculaire de la cote de confiance de la population à l'égard de la façon dont le gouvernement fédéral et les provinces abordent la question des soins de santé et une impression selon laquelle les gouvernements perdent du terrain dans leurs efforts en vue de solutionner les problèmes du système de santé.*

La satisfaction du public à l'égard de la façon dont le gouvernement fédéral et les provinces s'acquittent de leurs tâches dans le domaine des soins de santé a atteint son sommet au début des années 90. À compter de la fin de 1992, la cote de confiance du public à l'égard des deux gouvernements a subi une chute vertigineuse et prolongée, qui n'a pas connu de redressement véritable par rapport aux creux atteints à la fin des années 90. Encore une fois, comme c'est le cas de plusieurs tendances décrites ici, le bilan de la situation n'en est pas un d'une érosion lente et régulière de la confiance mais d'une chute spectaculaire. Cette tendance n'est pas étonnante, compte tenu de la perception générale d'un système en crise et de la détérioration de la qualité des soins de santé. Il semble probable que cette tendance a été accentuée par les stratégies intergouvernementales en vertu desquelles les deux ordres de gouvernement, dans un effort en vue d'éviter de subir le blâme de la population pour les problèmes du système de soins de santé, tentent de jeter la responsabilité sur l'autre niveau de gouvernement.

Conclusion : La viabilité politique des soins de santé au Canada

En dépit du fait que la viabilité du système de soins de santé dans le contexte actuel a été de plus en plus dépeinte comme étant avant tout une question financière qui découlait du conflit inhérent entre, d'une part, les revendications du public en vue d'une baisse des impôts, d'une réduction de la dette et de budgets équilibrés, et, d'autre part, les demandes de la population pour un système de santé accessible, de haute qualité et financé principalement par les fonds publics, la viabilité doit aussi être considérée d'un point de vue politique. Comme nous l'avons indiqué plus haut, la viabilité financière du système public de soins de santé ne court aucune danger *immédiat* – le danger qui existe est lié aux tendances possibles de l'accélération future des coûts. Mais, le rapprochement dans les débats publics des notions de crise financière existante et potentielle met en évidence de sérieux problèmes au niveau de la viabilité politique des soins de santé. La viabilité politique signifie qu'il faut préserver la capacité permanente du système de soins de santé à maintenir un appui suffisant parmi la population et les élites de façon à garantir qu'il y aura des incitations pour les gouvernements à accorder un financement suffisant et à assurer la prestation efficace de services de santé publics. La viabilité financière est sans intérêt si le système de soins de santé n'est pas viable politiquement et vice versa. Une réforme des soins de santé qui ne tient compte que d'une seule des dimensions de la viabilité sans considérer l'autre est probablement vouée à l'échec.

Il n'est pas plus facile d'aborder la question de la viabilité politique que de considérer celle de la viabilité financière. La solution la plus simpliste aux problèmes de la viabilité politique décrits ci-dessus est de proposer que le gouvernement fédéral et les provinces s'entendent tout simplement pour apporter les correctifs nécessaires au système de santé. Certes, il est peu probable que les gens seront en désaccord avec cette proposition paternaliste. L'échec des deux ordres de gouvernement à collaborer efficacement a largement contribué à alimenter le cynisme de la population concernant la capacité des pouvoirs publics à régler les problèmes du système de santé, mais le fait de proposer naïvement que les deux ordres de gouvernement unissent tout simplement leurs efforts sans reconsidérer fondamentalement les incitations auxquelles chaque ordre de gouvernement est soumis dans le contexte de l'ensemble actuel de modalités institutionnelles contribuera tout juste à rehausser les attentes de la population à l'égard d'une telle coopération sans améliorer sensiblement la probabilité que les gouvernements y répondront. C'est une proposition qui comporte plus de danger que de promesse de solution.

À défaut d'un changement institutionnel qui tiendrait compte des incitations générées par les arrangements fédéraux-provinciaux actuels et des perceptions des gens qui découlent des réactions des gouvernements à leur égard, une détérioration persistante et difficile à renverser des perceptions de la population concernant la qualité et la viabilité du système public de soins santé au Canada semble probable. C'est dans cette éventualité que réside le véritable potentiel d'une crise.

Notes

1 Toutes les données sur les dépenses de santé des provinces proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, ICIS, Ottawa. (2001*b*). Toutes les autres données (recettes provinciales, ensemble des transferts fédéraux, etc.) proviennent de CANSIM II.

2 Tous les principaux transferts fédéraux aux provinces (péréquation, TCSPS) vont directement aux fonds des recettes consolidées, de sorte que la détermination des transferts précis pour la santé (comme on essaie souvent de le faire) n'est tout simplement pas pertinente en ce qui concerne la question du caractère soutenable à l'échelle globale du financement des dépenses provinciales en soins de santé. Par ailleurs, la question de la contribution du gouvernement fédéral à la santé est une question extrêmement importante à considérer dans le contexte de l'analyse de la légitimité du caractère conditionnel de transferts précis.

3 Les quatre prochains paragraphes sont tirés de l'étude de Gerard W. Boychuk et Keith G. Banting, « The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard G. Harris, *North American Linkages*, University of Calgary Press, Calgary (à paraître, 2002).

4 Tiré de l'ouvrage collectif publié sous la direction de Robert Chernomas et Ardeshir Sepheri, *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems*, Baywood, Amityville, 1998.

5 Colleen Flood, présentation lors du forum public de la Ontario Health Coalition, *Does Medicare Work?*, Toronto, le 3 avril 2002.

Bibliographie

Politique des soins de santé

Adams, Duane (2001*a*), « Canadian Federalism and the Development of National Health Goals and Objectives », p. 61-106, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

_____ (2001*b*), « Social Union Study of the Canadian Health System: Introduction and Overview », p. 1-26, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

Alberta, Premier's Advisory Council on Health for Albertans (2001), *A Framework for Reform: A Report of the Premier's Advisory Council on Health for Albertans*, Edmonton, décembre.

Chernomas, Robert et Ardeshir Sepheri, ouvrage collectif (1998), *How to Choose? A Comparison of the US and Canadian Health Care Systems*, Baywood, Amityville.

Compas Inc. (2001), *Muddled Mandate: Ambivalence, Conflict, Frustration and Other Plaints of Public Opinion on Health Care Policy*, Compas, Toronto, décembre.

Coyne, Andrew, « Maz Proves Medicare Can Be Reformed », *National Post* (édition en ligne), le 11 janvier 2002.

Fierlbeck, Katherine (2001), « Cost Containment in Health Care: The Federalism Context », p. 131-178, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

Health Care in Canada (2001), *Health Care in Canada Survey 2001: A National Survey of Health Care Providers, Managers and the Public* (http://mediresource.sympatico.ca/images/hcics/hcic.pdf).

Institut canadien d'information sur la santé (2000), *Les soins de santé au Canada, 2000 : Premier rapport annuel*, ICIS, Ottawa.

_____ (2001*a*), *Les soins de santé au Canada, 2001*, ICIS, Ottawa.

_____ (2001*b*), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001*, ICIS, Ottawa.

Kennedy, Mark, « Health Care Report Sets Stage for Showdown: 'System Is Not Sustainable' », *National Post*, le 5 janvier 2002.

Maoini, Antonia (2002), « Federalism and Health Care in Canada », p. 173-199, dans l'ouvrage publié sous la direction de Keith G. Banting et Stan Corbett, *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

Ministres de la santé des provinces et des territoires (2000), *Understanding Canada's Health Care Costs: Final Report*, (http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/ptcd/ptcd_doc_e.pdf).

O'Reilly, Patricia (2001), « The Canadian Health System Landscape », p. 17-60, dans l'ouvrage publié sous la direction de Duane Adams, *Federalism, Democracy and Health Policy in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montréal et Kingston.

Vail, Stephen (2001), *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, Conference Board du Canada, Ottawa, janvier.

Fiscalité/politique sociale

Banting, Keith G. (à paraître), « What's a Country For? The Social Contract in the Global Era », dans l'ouvrage publié sous la direction de R. Roberge et D. Wolfish, *Reinstating the Line: The Canada-US Border*, University of Ottawa Press, Ottawa.

Boychuk, Gerard W. et Keith G. Banting (à paraître), « The Paradox of Convergence: National Versus Sub-National Patterns of Convergence in Canadian and American Income Maintenance Policy », dans l'ouvrage publié sous la direction de Richard G. Harris, *North American Linkages*, University of Calgary Press, Calgary.

Brown, Robert D. (2000), « The Impact of the US on Canada's Tax Strategy », *ISUMA*, vol. 1, n° 1 (printemps), p. 71-78.

Courchene, Thomas, en collaboration avec Colin Telmer (1998), *From Heartland to North American Region State*, Centre for Public Management, Faculty of Management, Université de Toronto, Toronto.

Esping-Andersen, Gosta, ouvrage collectif (1996), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, Sage, Londres.

Garrett, Geoffrey (1998), « Global Markets and National Politics: Collision Course or Virtuous Circle? », *International Organization*, vol. 52, p. 787-824.

Iversen, Thorben (2001), « The Dynamics of Welfare State Expansion: Trade Openness, De-industrialization, and Partisan Politics », dans l'ouvrage publié sous la direction de Paul Pierson, *The Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

Kesselman, Jonathan R. (2001), « Policies to Stem the Brain Drain – Without Americanizing Canada », *Analyse de politiques*, vol. 27, n° 1 (mars), p. 77-93.

Krugman, Paul (1996), *Pop Internationalism*, MIT Press, Cambridge (Mass.).

Martin, Andrew (1996), « What Does Globalization Have to Do with the Erosion of the Welfare State: Sorting Out the Ideas », *ARENA Working Paper*, n° 17.

Olewiler, Nancy (1999), « National Tax Policy for an International Economy: Divergence in a Converging Word », dans l'ouvrage publié sous la direction de Thomas Courchene, *Room for Manoeuvre? Globalization and Policy Convergence*, John Deutsch Institute for the Study of Economic Policy, Université Queen's, Kingston.

Skogstad, Grace (2000), « Globalization and Public Policy: Situating Canadian Analyses », *Revue canadienne de science politique*, vol. XXXIII, n° 4, p. 805-828.

Swank, Duane (1998), « Funding the Welfare State: Globalization and the Taxation of Business in Advanced Market Economies », *Political Studies*, vol. 46, n° 4, p. 671-692.

____ (2001), « Political Institutions and Welfare State Restructuring: The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies », dans l'ouvrage publié sous la direction de Paul Pierson, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.